

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

El Síndrome de la Mujer Maltratada en un Hospital de Tercer Nivel

**Informe de Trabajo de Investigación
Marzo, 2001.**

Mtra. Claudia Díaz Olavarrieta
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud
Campo de Conocimiento: Ciencias de la Salud
Area de Desarrollo Académico: Sistemas de Salud

RESPONSABLE DEL AREA : M en C. Claudia Infante.

TUTOR : Dra. Ma. Elena Medina Mora I.

Comité Tutorial : Dr. Alberto Lifshitz G.

Dr. Antonio R. Villa R.

Informe de Trabajo de Investigación
Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Prevalence of battering among 1780 outpatients at an internal medicine institution in Mexico.

Claudia Díaz-Olavarrieta, Ph.D.^a
Charlotte Ellertson M.P.A., Ph.D.^b
Francisco Paz, B.Sc.^a
Samuel Ponce de Leon, M.D.^c
Donato Alarcon, M.D.^c

December 6, 2000.

- ^a From the Laboratory of Experimental Psychology, National Institute of Neurology and Neurosurgery of Mexico, Mexico City, Mexico.
^b The Population Council, Mexico City, Mexico.
^c National Institute of Medical Sciences and Nutrition. Mexico City, Mexico.

Words: 2,858 **Tables:** 7

Key words: Family violence, partner abuse, battering syndrome, sexual abuse.

Correspondence: Please address correspondence to Claudia Díaz-Olavarrieta, PhD., Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Insurgentes Sur 3877, Mexico DF, 14269, MEXICO. Telephone: (52-5) 5-28-78-78, Fax: (52-5) 606-22-82, email: claudio@ hotmail.com

112507

El Síndrome de la Mujer Maltratada en un Hospital de Tercer Nivel

C. Díaz Olavarrieta.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

El Síndrome de la Mujer Maltratada en un Hospital de Tercer Nivel

**Informe de Trabajo de Investigación
Marzo, 2001.**

Mtra. Claudia Díaz Olavarrieta
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud
Campo de Conocimiento: Ciencias de la Salud
Area de Desarrollo Académico: Sistemas de Salud

TUTOR : Dra. Ma. Elena Medina Mora I.
Comité Tutorial : Dr. Alberto Lifshitz G.
Dr. Antonio R. Villa R.

ABSTRACT

Background: Violence against women has recently drawn attention in the medical community as a leading cause of preventable morbidity and mortality. An opportunity for screening, diagnosis and treatment arises during medical care initiated for common conditions through specific algorithms designed to identify women at risk. We investigated the incidence and history of battering among women seeking general medical care and looked for potential risk factors and associations with presenting symptoms.

Methods: Self administered, anonymous survey in 1,780 adult female outpatients from a tertiary care internal medicine teaching hospital in Mexico City.

Main outcome measures: Current abuse (physical and/or sexual abuse by a partner within the past year), abuse during pregnancy, childhood abuse, and lifetime abuse.

Results: 152 women (8.5%) reported current physical and/or sexual abuse. An identical number also reported abuse during pregnancy. Lifetime prevalence was 40.8%. Women currently or previously abused reported more physical symptoms in the last six months than did non-abused participants. Abused women also scored higher ($p < 0.01$) on indicators of depression. Current abuse correlated strongly with a childhood history of physical and/or sexual abuse, with low educational level of the victim and with substance abuse of the partner.

Discussion: We found levels of violence against women in Mexico comparable to those reported from other countries. Pelvic pain, depression, headache and substance abuse were frequent among abused women; logistic regression analysis showed that a history of childhood abuse, low levels of education, alcohol or drug abuse either by the patient or her partner and more offspring correlated with current intimate partner abuse.

RESUMEN EN ESPAÑOL

La violencia contra las mujeres se ha convertido en un área de interés de la comunidad médica ya que constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad en este grupo social. Una oportunidad de detección, tratamiento y referencia de violencia en el hogar surge cuando las mujeres asisten a consulta médica debido a otros padecimientos. Es importante diseñar algoritmos de detección, tratamiento y referencia de violencia en el hogar surge cuando las mujeres acuden a consulta médica debido a otros padecimientos. El propósito de la presente investigación fue conocer la prevalencia de maltrato entre mujeres que acuden a un hospital de tercer nivel así como la historia de maltrato en la infancia reportado por la víctima. Intentamos buscar alguna asociación entre motivo de consulta (diagnóstico médico) y maltrato físico y/o sexual en la vida adulta.

Diseño: Encuesta anónima auto-administrada.

Material y Métodos: Hospital de tercer nivel del área metropolitana (Instituto Nacional de la Nutrición). Se incluyeron 1,780 encuestas de pacientes ambulatorias. Para medir abuso físico y/o sexual presente (último año, historia de maltrato en la infancia y maltrato durante el embarazo se utilizó una versión modificada del cuestionario de salud de las mujeres (McCauley y cols., 1997).

Resultados: En el presente estudio, 152 mujeres (8.5%) reportaron maltrato físico y/o sexual en el último año. Un número idéntico reportó maltrato durante el embarazo. La asociación entre trastornos depresivos y violencia en nuestra muestra también es similar a lo reportado en la literatura internacional. El abuso de sustancias en la víctima y en el perpetrador de la violencia fueron variables predictivas para maltrato en el último año. Confirmando reportes en la literatura, la historia de maltrato en nuestro estudio fue un predictor importante de maltrato en el último año.

Conclusiones: El hallazgo más importante es que diagnósticos médicos específicos que llevan a mujeres a consulta no se encuentran correlacionados con maltrato presente o pasado. Por lo anterior todas las mujeres que acuden al sistema de salud deben ser interrogados de manera rutinaria acerca de la ocurrencia de violencia en el hogar. Afortunadamente este sondeo es barato y los diagnósticos y referencias adecuados pueden aminorar la morbilidad para las mujeres.

RESUMEN EN INGLES

Background: Violence against women has recently drawn attention in the medical community as a leading cause of preventable morbidity and mortality. An opportunity for screening, diagnosis and treatment arises during medical care initiated for common conditions through specific algorithms designed to identify women at risk. We investigated the incidence and history of battering among women seeking general medical care and looked for potential risk factors and associations with presenting symptoms.

Methods: Self administered, anonymous survey in 1,780 adult female outpatients from a tertiary care internal medicine teaching hospital in Mexico City.

Main outcome measures: Current abuse (physical and/or sexual abuse by a partner within the past year), abuse during pregnancy, childhood abuse, and lifetime abuse.

Results: 152 women (8.5%) reported current physical and/or sexual abuse. An identical number also reported abuse during pregnancy. Lifetime prevalence was 40.8%. Women currently or previously abused reported more physical symptoms in the last six months than did non-abused participants. Abused women also scored higher ($p < 0.01$) on indicators of depression. Current abuse correlated strongly with a childhood history of physical and/or sexual abuse, with low educational level of the victim and with substance abuse of the partner.

Discussion: We found levels of violence against women in Mexico comparable to those reported from other countries. Pelvic pain, depression, headache and substance abuse were frequent among abused women; logistic regression analysis showed that a history of childhood abuse, low levels of education, alcohol or drug abuse either by the patient or her partner and more offspring correlated with current intimate partner abuse.

RESUMEN DE LA INVESTIGACION PROPUESTA

La violencia intrafamiliar (VI) es uno de los problemas sociales más graves y difíciles de cuantificar de nuestros tiempos. Se encuentra estrechamente ligado a trastornos médicos como alcoholismo y otras adicciones así como a una amplia gama de psicopatología tanto en el agresor como en la víctima. En 1992 el Cirujano General de los Estados Unidos definió la VI como "uno de los problemas de salud pública mas apremiantes de la actualidad"¹. En 1997 los esfuerzos de grupos de presión política, de activistas y de la comunidad académica de ese país culminaron en la aprobación de un proyecto de ley sometido por el Condado de Santa Clara en el estado de California que obliga a todos los profesionales de la salud que entren en contacto con alguna víctima de VI a reportarlo a las autoridades. Revistas médicas prestigiadas, especialmente en los Estados Unidos han publicado editoriales describiendo la magnitud del problema y la poca respuesta por parte de los profesionales de la salud² cuya pasividad refleja cierta resistencia a destapar la "caja de Pandora"^{3,4}.

En nuestro país el problema de la VI no recibe la atención necesaria por parte de la comunidad médica, por otro lado, El Centro de Apoyo contra la VI dependiente de la Procuraduría General de la República (CAVI), el Programa de la Mujer en la Comisión Nacional de Derechos Humanos, el Programa Inter-Disciplinario en Estudios de la Mujer del Colegio de México, el Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) de la Universidad Nacional, los refugios para mujeres maltratadas (COVAC) y el trabajo de organizaciones no gubernamentales son de los grupos que luchan por darle trascendencia y legitimidad al problema de la VI.

En el caso del sector salud, las limitaciones en recursos financieros para el rubro y la ausencia de protocolos de investigación que estudien los casos de VI que ingresan a las salas de

urgencias de los hospitales de primer nivel aunado a la sobrecarga de trabajo asistencial de los médicos generales y a la falta de conocimiento real de las implicaciones sociales de la VI contribuyen a la perpetuación y aumento de las condicionantes de la VI.

Los objetivos del presente estudio fueron cuantificar el Síndrome de la Mujer Maltratada entre usuarias de un hospital de tercer nivel y delimitar grupos de riesgo para ofrecer programas educativos que promuevan métodos de solución de conflictos que combatan la violencia. Explorar cuáles son las barreras individuales e institucionales que no permiten una adecuada identificación de las mujeres maltratadas que acuden con padecimientos médicos que enmascaran su condición en el hogar. Estudiamos tres muestras; pacientes neurológicas de un hospital de tercer nivel, enfermeras de once hospitales del sector público o privado y usuarias de un centro de referencia de medicina interna. Las muestras fueron recabadas en el área metropolitana de la ciudad de México.

Nuestros resultados muestran que 31% de las pacientes con trastornos neurológicos crónicos habían experimentado violencia alguna vez en su vida. El riesgo se incrementaba en relación a la duración del matrimonio, número de hijos y al empleo remunerado fuera del hogar. Las enfermeras reportaron 18% de maltrato físico/sexual en la vida adulta y 13% de historia de maltrato físico en la infancia. Cerca del 40% de la misma muestra reportó maltrato psicológico en la vida adulta. Estar separada o divorciada (vs. casada) e historia de maltrato en la infancia fueron factores predictivos de violencia física en la vida adulta. En el estudio entre pacientes ambulatorias de un hospital de medicina interna, aproximadamente 1 de cada 10 mujeres (8.5%) reportaron maltrato físico y/o sexual en el último año. Encontramos una asociación entre trastornos depresivos y violencia en nuestra muestra similar a lo reportado en la literatura internacional, el abuso de sustancias en la

víctima y en el perpetrador de la violencia fueron variables predictivas para maltrato en el último año alguna vez en la vida y la historia de maltrato en la infancia fue un predictor importante de maltrato en el último año, maltrato durante el embarazo fue reportado por 152 mujeres (8.5%).

Con objeto de que de este trabajo se derivasen sugerencias para la prevención de los factores condicionantes de la VI en el ámbito social con énfasis especial en el sistema de atención médica se compararon los resultados obtenidos con la misma patología encontrada en otros países y grupos socioculturales, definiendo así semejanzas y diferencias del mismo fenómeno en otras culturas.

Dentro de la clase de documentos que constituyen la tesis doctoral se eligió el formato de artículos publicados que especifica “un mínimo de dos artículos originales, por lo menos uno de ellos como primer autor, publicados o aceptados para publicación. Cuando menos uno deberá contener los resultados totales o parciales del tema de investigación registrado.” (Reglamento General de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, pp. 50-51, 1997).

El presente reporte de investigación incluye un apartado introductorio donde se delinean los aspectos teóricos mas relevantes en el campo de la Violencia Intrafamiliar tanto en su definición como en los factores asociados frecuentemente descritos como el abuso de sustancias y la historia de maltrato en la infancia. En la sección de Marco Teórico se adopta la postura de la Salud Pública descrita por Frenk⁵ y la forma en que esta problemática social se enlaza con los Sistemas de Salud. La sección de Metodología describe el procedimiento utilizado para llevar a cabo el trabajo de campo y el apartado de Resultados incluye los trabajos previos publicados en la literatura que sirven como antecedentes teóricos del presente estudio. Finalmente, se concluye el trabajo describiendo las aportaciones hechas a la literatura internacional resaltando semejanzas y diferencias culturales con otros reportes.

INTRODUCTION

Violence against women has recently begun to draw medical attention as background circumstance of countless conditions. Worldwide reports number violence among the leading contributors to the disease burden for women.¹ An increasing body of research indicates the problem affects women of all socioeconomic levels. Certain characteristics may, however, affect the specific manifestations of violence, and some cultures may also be more permissive than others in tolerating mistreatment of the vulnerable.^{2,3,4} The social and legal climate also clearly affect perceptions and reporting of violence. For these reasons, it is essential to study the incidence and correlates of violence against women in diverse settings, and, if warranted, formulate culturally specific algorithms for its diagnosis and treatment.

Despite some expected geographical diversity in violence patterns, certain themes appear consistently across most reports. Epidemiological studies confirm that violence against women takes place mainly at home and within families;⁵ perpetrators are typically men with whom the woman has or had a close relationship. As further research is conducted, it is likely that other patterns will emerge. Reports from developed countries, for instance, seem to show prevalence of around 10% for physical/sexual abuse, and around 20% or higher when emotional abuse is included. Another emerging pattern strongly links a history of abuse (particularly childhood abuse) to present abuse. Additionally, current abuse correlates with depression and with substance abuse by either partner.^{6,7,8}

Unfortunately, reliable data from developing countries is particularly scanty, although it

seems to reveal higher rates of violence than those found in developed countries. In Latin America, few studies have been done,⁹ most come from Mexico,^{2,10,11,12} Nicaragua,¹³ Chile and Argentina.¹⁴ However, methodological shortcomings in several studies prevent generalizations, even within the same country. Although the methodologies employed are appropriate for a given population, vast differences in Latin America between the urban and rural communities encumber a broad interpretation of the results. Moreover, interpretation and comparisons in the international context is even more difficult as the measurement and definitions of violence differ, particularly those related with psychological abuse and with perpetrators.

In Mexico epidemiological research on violence against women has explored abuse during pregnancy,¹⁵ the link between depression and family violence ("FV"),¹⁶ the correlation between alcohol consumption and partner abuse¹⁷ and history of childhood sexual abuse.¹⁸ The Ministry of Health reports a monthly figure of 1,200 cases of family violence seen in hospitals throughout the country, 86% of which are women abused by their partners.¹⁹ Classification of female homicides by the Forensic Medical Services in Mexico City indicate that nearly half result from partner abuse and that one in two victims had previously suffered violence, underscoring the possibility of prevention if those cases could be identified early enough.

A new legislation designed to prevent FV and aid victims was approved by the Mexican Congress in 1996. It gives women, children and the elderly a more expedient judicial process when reporting instances of physical, sexual or psychological abuse and neglect.^{20.}

²¹ Recently, the National Program Against Family Violence 1999-2000 was created focusing on two goals; to draft a national policy on FV and to implement hospital protocols to increase the detection, treatment and referral of victims by the health care system.²² Under the new plan, mandatory reporting and referral will be established in medical institutions²³, similar to those implemented in other countries.²⁴ Experience has shown that such hospital protocols substantially increase detection and referral of FV cases although it is worth noting that mandatory reporting remains controversial and in some cases has led to increased morbidity for the victim due to law enforcement inability to ensure safety. Indeed, it has been shown that a brief screening question in the emergency room admissions office identifies between 65-70% of women with a recent history of partner physical abuse.²⁵

In order to implement adequate strategies for timely detection, it is essential to delineate the incidence and risk factors of FV in specific medical settings. Violence may cause women to present with a range of symptoms at almost every medical specialty collectively known as the "Battering Syndrome."²⁶ Violence can be the underlying cause of consultation not only as would be expected to the emergency room^{27,28}, but also to the the obstetrician,²⁹ psychiatrist,³⁰ gastroenterologist,³¹ and neurologist.³²

A background study in an adult internal medicine facility provides information to uncover the current rates of prevalence in the general context of medical consultation. Previous studies focused on a population of female patients attending internal medicine facilities in the United States disclosed a clear association between violence at home, as a child and as

an adult, and well-defined, depressive and somatic symptoms.^{33,34} A similar protocol was designed for Mexico in order to obtain current rates of prevalence and produce an algorithm culturally appropriate that could be generalized to other Latin American countries.

CAPITULO I

INTRODUCCION

El Síndrome de la Mujer Maltratada en un Hospital de Tercer Nivel

1.1 ANTECEDENTES

En este capítulo se describen los resultados del estudio sobre violencia en el hogar en población abierta mas grande llevado a cabo en nuestro país así como la conceptualización de este problema social desde la perspectiva médica y sus factores de asociación y la participación de los sistemas de procuración de justicia. Finalmente, se analizan el concepto del Síndrome de la Mujer Maltratada.

Se presta gran atención al fenómeno de la violencia en nuestra sociedad, se habla de robos, asaltos, secuestros, guerras, terrorismo. Una forma incidiosa y altamente lesionante de la sociedad es la violencia intrafamiliar (VI), origen y acompañante de múltiples problemas médicos y sociales. La concepción social de la familia como no-violenta no nos permite evaluar que en nuestro país, el hogar es el principal sitio de ocurrencia de actos violentos en contra de las mujeres y los niños y la vía pública lo es para los hombres jóvenes y adultos ⁶.

En México la VI es un hecho cotidiano en la experiencia de muchas mujeres. Ramírez y cols⁷ llevaron a cabo un estudio con 1,163 mujeres de zonas rurales y 427 de zonas urbanas. Sus conclusiones: de 44% - 57% de las mujeres entrevistadas habían sido víctimas de algún tipo de violencia, 60% de los casos el agresor fue el marido, estos resultados arrojan una prevalencia de cerca del 50% para el problema de la violencia intrafamiliar. Híjar⁸ reporta que 36% de las

demandas a servicios de urgencia en 24 hospitales de la zona metropolitana del DDF son por lesiones traumáticas tanto accidentales como provocadas, siendo el hogar el sitio de mayor riesgo para las mujeres y los niños. El problema de las jefas de hogar definidas en el estudio de García y Oliveira⁹ como mujeres con cónyuge e hijos que han asumido la responsabilidad económica del núcleo familiar, representa otra vertiente de la compleja relación de pareja que establecen en donde el fenómeno de la dependencia económica no explica el motivo por el cual estas mujeres permanecen dentro de hogares violentos. González^{10,11} describe los factores que participan en las decisiones de mujeres rurales para no perpetuar el patrón de sumisión en una relación de pareja en donde son víctimas de violencia doméstica. La autora propone que el contacto con otras formas de organización familiar, la expectativa por parte de las mujeres de tener un desarrollo autónomo de su pareja, la posibilidad de regresar al hogar paterno en caso de abuso por parte de su pareja y el haber trabajado en forma independiente antes de casarse (obreras, empleadas, comerciantes) contribuye a desafiar el “orden natural”.

La violencia intrafamiliar (VI) es uno de los problemas sociales más graves y difíciles de cuantificar de nuestros tiempos. Después de años de esfuerzos por parte de agrupaciones civiles, la comunidad médica ha decidido adoptar medidas concretas para reconocer y responder a la VI como un problema de salud de dimensiones epidémicas. Flitcraft y Stark¹² reportan que la VI es responsable de más accidentes violentos que la combinación de accidentes automovilísticos, robos y violaciones combinadas.

Un número creciente de médicos reconoce que la VI y los efectos que conlleva tanto en el bienestar físico como psicológico de las mujeres y los niños, requiere de atención médica. De hecho son los profesionales de la salud los que se encuentran en una posición clave, ya que su capacidad

para reconocer, diagnosticar y referir casos de violencia intrafamiliar es crítica en los esfuerzos de las autoridades de salud pública para reducir la morbilidad y la mortalidad que resultan de la agresión física dentro de la familia. Por otro lado, las instituciones de salud son las únicas agencias gubernamentales a las que las mujeres acuden en diferentes etapas de su ciclo vital; embarazo, lactancia, salud infantil, enfermedades crónicas, por lo que ocupan un lugar estratégico en la detección de este tipo de problemas. Riquer y cols.¹³, retoman el concepto de VI como problema de salud pública al citar numerosos estudios llevados a cabo en nuestro país con índices de prevalencia y morbi-mortalidad por VI con los grupos de edad de 15-24 y 25-34 años como los más vulnerables.

La VI se define como “todo acto de violencia de género que pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer y los niños incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad tanto en la vida pública como en la privada”¹⁴. Dentro del rubro de VI también se incluye abuso sexual a menores, a la pareja y violencia física y psicológica contra las mujeres. Se estima que entre 33% a 46% de mujeres víctimas de abuso físico también son víctimas de abuso sexual. Además de sus obvias consecuencias en lesiones físicas frecuentes, conlleva otros fenómenos más complejos y difíciles de diagnosticar como: presencia de síntomas depresivos crónicos en las víctimas, problemas en el desarrollo de los niños, ausentismo laboral, bajo rendimiento escolar etc¹⁵.

La VI se encuentra estrechamente ligada a trastornos médicos como el alcoholismo, adicciones y una amplia gama de alteraciones somáticas en la víctima y psicopatología en el agresor. Natera¹⁶ en un estudio llevado a cabo en hogares mexicanos describe una situación de hogares con carencias y frustraciones en donde el alcohol siendo frecuentemente el disparador de la

violencia es por sí mismo un factor cuya participación en la VI es aun controversial. Las autoras mencionan que la prevalencia de hechos de violencia en estado de sobriedad rebasa por mucho el número de casos en los que hubo un consumo previo de alcohol u otra droga, lo que contradice la percepción de que la violencia al interior del hogar se da bajo los efectos de alguna sustancia que desinhibe y predispone al sujeto a mas violencia. Por el lado de las víctimas de VI, Flitcraft¹² estima que el índice de alcoholismo entre mujeres golpeadas es mayor al de mujeres que no son víctimas de VI (16% vs. 1%) y que el 20% de las mujeres golpeadas muestran problemas psicológicos aunados al daños físico¹⁷.

Alrededor del 26% de todos los intentos de suicidio en las mujeres están precedidos por violencia doméstica¹². La Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia¹⁸ encontró que 37% de las pacientes obstétricas habían sido víctimas de abuso físico durante el embarazo. En 1992 el Cirujano General de los Estados Unidos definió la VI como “uno de los problemas de salud pública más apremiantes de la actualidad”¹. A principios de 1994 los esfuerzos de grupos de presión política, de activistas y de la comunidad académica de ese país culminaron en la aprobación de un proyecto de ley¹⁹ sometido por el Condado de Santa Clara en el estado de California, que obliga a todos los profesionales de la salud que entren en contacto con alguna víctima de VI, a reportarlo a las autoridades. Revistas médicas prestigiadas han publicado editoriales describiendo la magnitud del problema y la poca respuesta de la comunidad médica² cuya pasividad refleja cierta resistencia a destapar la “Caja de Pandora”^{3,4}.

Como toda enfermedad crónica, la VI es un problema que escala en frecuencia y en severidad. Dentro del ámbito de estudio de la VI existe un aspecto aun no bien estudiado que es el de evaluación de peligrosidad y riesgo de homicidio por parte de los victimarios. Los expertos que

trabajan en el sistema penitenciario exhortan a los que trabajan en el problema de la VI para que las víctimas potenciales estén bien informadas acerca de este posible resultado. Hart²⁰ describe esta valoración de peligrosidad de las conductas violentas como una reflexión por parte de las mujeres acerca del riesgo que corren al permanecer dentro de un hogar donde existe evidencia objetiva de que el índice de la peligrosidad va en aumento. Campbell²¹ en un trabajo intitulado “*Si no eres mía, no serás de nadie más. Poder y Control en el Homicidio de Parejas Femeninas*” menciona que las víctimas de homicidio en un estudio con una muestra de 28 mujeres, 64% tenían una historia de violencia que había escalado y que ellas no habían sido capaces de valorar como letal.

En el contexto legal del problema, la procuración de justicia encuentra el mismo tipo de barreras cuando se habla de la salud y la seguridad de las mujeres; en el sexenio de 1989-1994 del total de homicidios intencionales con víctimas masculinas sólo llegó a dictarse una sentencia condenatoria en un promedio del 22.5% y cuando las víctimas eran mujeres el porcentaje disminuía a 12.8% del total^{22,23}. La prevalencia en EU de alrededor de 42% de mujeres asesinadas que fueron muertas a manos de algún compañero (el cálculo de este porcentaje se basó en los reportes del FBI de 1988-1991)²⁴ apoya la tesis anterior de que las mujeres no llevan a cabo un análisis eficaz de la situación y no logran abandonar una situación de violencia extrema que culmina en homicidio. Hay datos aproximados que nos indican que en nuestro país la cifra puede ser semejante, aunque esto aun se encuentra a nivel de subregistro.

El ciclo de la violencia intrafamiliar tiene varios factores que lo perpetúan; por un lado el fenómeno ancestral de imitación de lo vivido en periodos formativos y por otro lado, dinámicas psicosociales complejas que requieren ser transformadas como son el uso de la agresividad como método de solución de conflictos, así como capacitación insuficiente a las mujeres para mantener un

trabajo estable que les permita lograr cierta independencia económica, miedo al abandono, a perder la patria potestad de los hijos y sometimiento incondicional al agresor que se ha definido como “Síndrome de la Mujer Golpeada”^{12,25}.

Dentro del contexto de la VI los niños frecuentemente están expuestos de manera rutinaria el problema. Se estima que en EU 3.3 millones de niños cotidianamente son testigos de conductas violentas. Estas llamadas “víctimas silenciosas”²⁶ no presentan daño físico aparente (excepto si ellos mismos son víctimas de abuso por parte de sus progenitoras) por lo que se tiende a ignorar el impacto que la violencia tiene en sus vidas. Las conductas auto-destructivas incluyendo intentos de suicidio, auto-mutilación y mal control de impulsos se observan en niños provenientes de hogares disfuncionales conductas observadas en algunas formas de retraso mental, psicosis de la infancia y daño cerebral) en donde el rechazo parental y la violencia son comunes²⁷. La Asociación Psicológica Americana²⁸ reporta que no existe duda alguna sobre los efectos que tiene observar violencia en televisión; niveles elevados de violencia en televisión están correlacionados con conductas agresivas y con una aceptación tácita de actitudes agresivas. Se ha visto que el mejor predictor de delitos agresivos es haber sido víctima de actos de violencia²⁹. Finalmente, los niños experimentan la violencia dentro del ámbito familiar y es aquí en donde van a ocurrir los actos de violencia. En un estudio sobre el impacto de la VI en la conducta de adolescentes provenientes de hogares violentos se observó un índice incrementado de violencia entre hermanos obteniendo un porcentaje de 74% de estudiantes de secundaria que aprueban el golpear a sus hermanos menores por transgresiones sin importancia.³⁰ Las repercusiones de la VI en el desarrollo social, emocional intelectual de los niños es muy vasta; su rendimiento escolar se ve afectado, su estabilidad emocional comprometida y su percepción del mundo como un lugar hostil e impredecible, aumentada. McAlister²⁶ reporta que los niños testigos de VI se identifican con los roles sociales de

sus padres. Los niños se tornan más agresivos y las niñas se convierten en víctimas. Ambos sexos perciben la violencia como una forma adecuada de resolver conflictos y como una parte integral de las relaciones interpersonales.

La VI afecta todos los estratos sociales, regiones geográficas, condiciones socioeconómicas, sin embargo los investigadores en este campo han tratado de delinear factores de riesgo condicionantes o predisponentes. En Estados Unidos, han identificado variables de riesgo generales como edad, embarazo, estado civil, nivel socioeconómico, violencia en la familia de origen y status social y laboral de la mujer en comparación con su pareja³¹. En nuestro país el problema de la VI solo recibe una atención marginal por parte de la comunidad médica. Organismos como el Centro de Apoyo contra la VI dependiente de la Procuraduría General de la República (CAVI), el Programa sobre Asuntos de la Mujer de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer del Colegio de México, el Programa Universitario en Estudios de Género de la UNAM, los refugios para mujeres maltratadas (COVAC) y el trabajo de Organizaciones no Gubernamentales, son algunos de los grupos que luchan por darle trascendencia y legitimidad a este problema.

El Síndrome de la Mujer Maltratada (SMM) afecta un gran número de mujeres, lo que torna evidente la necesidad médica de contar con un algoritmo de diagnóstico y atención primaria. Dentro de los sistemas de salud, el médico es habitualmente el primer contacto profesional con la mujer a través de la consulta familiar, individual y en salas de emergencia. El SMM se observa con gran frecuencia entre las usuarias de los sistemas de salud^{9,10} y es considerado como un problema de carácter endémico, su alta prevalencia e incidencia traen consigo nuevos desafíos para que los médicos actúen de manera eficaz ante este problema.

El SMM se refiere a las consecuencias fundamentalmente psicológicas, resultado de vivir en una relación de maltrato crónico. Una relación de maltrato es aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de coerción de una de las partes a otro miembro de la relación; subrayándose que para poder definir una situación como SMM, la relación de maltrato debe ser crónica, permanente o periódica. Cualquier miembro de la familia puede ser agente o víctima de maltrato, sin embargo, estudios sobre el tema señalan a la mujer como la principal víctima dentro del contexto familiar. Walker³² menciona que este síndrome es parte de un patrón de síntomas psicológicos conocido como síndrome de estrés post-traumático, que se produce a consecuencia de la exposición repetida traumas severos de tipo físico y psicológico del que son objeto las mujeres maltratadas.

Encuestas en población abierta, realizadas en Estados Unidos reportan que aproximadamente el 10% de las mujeres padecen SMM, 1.8 millones de mujeres son maltratadas anualmente por su pareja, del 9% al 20% se encuentran gestantes, y más de 650,000 son víctimas de abuso sexual. Estimar la proporción en Latino América de mujeres maltratadas se dificulta por varias razones, principalmente porque en varios países apenas se empieza a reconocer este tema como problema de salud pública y social. Investigaciones recientes describen un alto nivel de prevalencia e incidencia del maltrato a la mujer así como de las consecuencias en su salud física, mental y social. A pesar de los esfuerzos de algunos estudios que han empezado a mostrar su relevancia, la mayoría de los médicos desconocen una forma sistemática para diagnosticar y tratar mujeres que acuden a consulta médica y presentan el SMM.

Protocolos de Manejo de Víctimas de Violencia para Profesionales de Salud

El problema de la violencia intrafamiliar no es un problema social o legal sino de la competencia de los profesionales de la salud. A pesar de que los trabajadores del sector salud entran en contacto de forma rutinaria con mujeres maltratadas estos casos frecuentemente no son detectados, tratados o canalizados. Las barreras en la identificación de las víctimas son variadas y se describen a continuación sin embargo los protocolos de manejo médico son parte integral de la intervención de ahí que una vez que conocemos la prevalencia del problema el siguiente paso es implementar un sistema de detección.

De acuerdo a Warshaw y cols.,^{33,34} los elementos mínimos con los que debe contar un protocolo de manejo de víctimas de violencia son los siguientes : 1. Incluir una definición clara del problema, sus diversas manifestaciones (violencia física, sexual y emocional) y grupos vulnerables (mujeres, ancianos, niños, discapacitados). Los procedimientos de rastreo deben incluir preguntas claras sobre cómo preguntar a las pacientes sobre su experiencia con la violencia (*¿En el último año ha sido usted víctima de maltrato físico?*), los requisitos para valorar la seguridad de la paciente y sus hijos. Los procedimientos de intervención incluyen las estrategias de entrevista y la ruta crítica para el alta de la paciente. En el caso de México donde el maltrato constituye un delito, los profesionales de la salud deben conocer los lineamientos jurídicos de reporte. Se sugiere que el protocolo de manejo haga hincapié en las evidencias físicas y fotografías de la víctima para formular un expediente que mas adelante tenga utilidad legal. Finalmente se debe especificar la información que se debe incluir en el expediente clínico de la paciente (descripción de las lesiones, coloración, tamaño, mapa corporal para indicar localización de las lesiones, mencionar la causa de la lesión ya sea la reportada por la víctima o la opinión del clínico así como la acción tomada por el

clínico) Finalmente, se debe contar con un sistema ágil de referencia de víctimas de maltrato para lo que se requiere que los profesionales del salud cuenten con un directorio de agencias gubernamentales y no gubernamentales que dan servicio en la comunidad a víctimas de violencia en el hogar.

Indicadores Clínicos del Síndrome de la Mujer Maltratada

Físicos: cefalea tensional, migraña, dolor crónico, golpes leves y severos, quemaduras, daño en órganos internos, contusiones, laceraciones, abuso de alcohol o sustancias, fracturas, dolores pélvicos y de espalda, alteraciones gastrointestinales, múltiples quejas somáticas, insomnio, entre otros.

Psicológicos: agitación, ansiedad, depresión, confusión, desorientación, aislamiento, estrés, evasión, etc.

Sexuales: abuso sexual.

Para poder diagnosticar el Síndrome de la Mujer Maltratada, es importante observar los siguientes puntos. 1. Los indicadores de maltrato que se mencionan a continuación generalmente se presentan en conjunto. 2. La paciente acude al médico en forma repetida. 3. La paciente ofrece una explicación de la causa de su estado físico que es incongruente con lo observado, ejemplo: presentar contusiones graves y expresar que se tropezó en la calle. 4. Cuando a lo largo de la consulta reporta problemas con su esposo, pareja o compañero (el médico debe estar atento a una expresión indirecta al respecto). 5. Cuando la historia clínica de la paciente no se relaciona con los hechos físicos o psicológicos que presenta.

Identificación del Síndrome de la Mujer Maltratada

Hamberger ³⁵ sugiere que el primer paso para la identificación de una mujer maltratada, es preguntar en forma directa sobre la violencia en las relaciones de pareja. Mediante la técnica del “embudo” se elaboran preguntas generales, no directas, sobre el problema de la violencia, mencionando que las parejas tienen formas específicas de manejar los conflictos interpersonales. Una vez que se ha normalizado el tema de la violencia, se prosigue a un interrogatorio más dirigido y específico. A continuación se presenta el cuestionario de detección y cuantificación más utilizado en estudios clínicos con mujeres maltratadas. (ver Anexo 1)

La violencia intrafamiliar y sus secuelas médicas y psiquiátricas son frecuentes para justificar un *sondeo de rutina* a todas las mujeres que acuden a salas de urgencias o a centros quirúrgicos de cuidados primarios, pediátricos, prenatales y de salud mental. Debido a que muchas mujeres inicialmente no se reconocen a si mismas como “maltratadas”, el médico debe realizar, de rutina, a todas las mujeres en forma directa, preguntas específicas acerca del maltrato. Dichas preguntas se pueden incluir en los antecedentes personales, en la historia médica previa, en la revisión de los sistemas o en la historia de enfermedad presente o pasada.

Aun cuando algunas mujeres pueden no mencionar el tema del maltrato en forma espontánea, muchas lo van a discutir cuando se les hacen preguntas simples y directas dentro de un ambiente de confidencialidad. La paciente debe de ser entrevistada *sola*, sin que su pareja esté presente. El médico debe iniciar con una frase de apoyo como: “Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, lo he empezado a preguntar, en forma rutinaria”. Aun si la paciente no responde en ese momento, el hecho de que el profesional de la

salud se muestre preocupado y crea que el maltrato es una posibilidad, producirá una impresión favorable en la paciente. La preocupación del médico acerca del maltrato valida sus sentimientos y refuerza su capacidad para buscar ayuda cuando ella se sienta lista y capaz de hacerlo.

Las preguntas de rutina acerca de la violencia no sólo identifican a mujeres que están siendo maltratadas actualmente sino también sirve para valorar la seguridad de las mujeres que han sido maltratadas en el pasado e incrementa la conciencia de aquéllas que no han estado en relaciones de maltrato. Una valoración de rutina es especialmente importante para mujeres que han abandonado una relación violenta; el dejar a una pareja violenta o finalizar un divorcio puede incrementar su riesgo de maltrato.

Una consulta médica puede ofrecer la única oportunidad para frenar el ciclo de la violencia antes de que ocurran lesiones más graves, esta intervención se inicia al recabar la información. El ofrecerle a la mujer una experiencia diferente, en donde ella es respetada, que le permite saber que no merece ser maltratada, una experiencia que le ofrece la posibilidad de apoyo y seguridad y que la respalda para tomar sus propias decisiones y sus propias opciones, es en sí mismo terapéutico y constituye un paso importante. Las preguntas acerca de la violencia se deben hacer utilizando las propias palabras del lenguaje médico.

Existen múltiples razones por las que los médicos y otros profesionales de la salud no responden en forma adecuada al problema de la VI. Algunas de las causas más citadas son falta de información y entrenamiento sobre lo que constituye la VI, las concepciones erróneas sobre quienes son las víctimas, los sesgos y prejuicios, temor a abrir la caja de Pandora, el considerar que es

terreno de psicólogos o psiquiatras. Sin embargo, es importante que los médicos conozcan y estén preparados para actuar cuando se presentan pacientes con el SMM.

El cuestionario de detección y cuantificación que se incluye en el Anexo 1 ²⁶ originalmente fue diseñado por un grupo de investigadores interesados en medir maltrato durante el embarazo. El mismo instrumento se ha limitado a tres preguntas las cuales fueron reportadas en una investigación de mujeres golpeadas que acudían a salas de urgencias de hospitales en Estados Unidos. Los autores reportan que la versión abreviada tiene una especificidad de 84% y una sensibilidad de 71% al ser comparada con instrumentos mas extensos.³⁶

Barreras que previenen la identificación.

Barreras de los pacientes.

Muchas mujeres se sienten inseguras y no piden ayuda en forma espontánea. Algunas literalmente están cautivas y no se les permite que salgan de la casa. Otras pueden no tener dinero o los medios para trasladarse. Las experiencias en la infancia de abuso físico y sexual, o el haber sido testigo de violencia intrafamiliar tornar más difícil que una mujer maltratada reconozca una relación como de maltrato y tome medidas para protegerse. Las cuestiones culturales étnicas o religiosas también pueden influir la respuesta de una mujer al maltrato y su conciencia de opciones viables.

Barreras del médico.

Hasta muy recientemente los médicos no trataban temas de maltrato y violencia durante la consulta con los pacientes, aún cuando los signos y síntomas se encontraban presentes. Existen varias razones por las cuales los médicos pueden evitar preguntar acerca del maltrato y porqué puede parecer difícil introducir el tema. Entre estos se encuentran:

Falta de conciencia de la prevalencia, medios de identificación o severidad del problema y falta de reconocimiento de los costos sociales y psicológicos del maltrato. Pensar que no es el lugar de un médico el intervenir, o que la mujer debe de haber provocado el maltrato. Creer que la identificación del maltrato y los servicios de referencia no son parte del papel de un médico. No saber cómo intervenir o ayudar aún cuando una mujer se reconoce como una mujer maltratada

“Culpar a la paciente” y sentir frustración o enojo si la mujer no abandona a su pareja (ella se convierte en el problema por no adherirse a los planes del médico). No creer que ocurrió el maltrato debido a que “el supuesto golpeador” se encuentra presente y aparenta estar muy preocupado y ser muy amable. Preocupación que el discutir estas cuestiones psicosociales va a tomar una cantidad de tiempo abrumadora. Dificultad para manejar los sentimientos evocados al escuchar a una mujer describir lo que se le ha hecho. El médico se puede sentir que no puede hacer nada o incómodo si él o ella no pueden hacer algo para arreglar la situación.³⁷

Muchos médicos han notado que las enfermedades crónicas tales como el asma, la epilepsia, la diabetes, artritis, hipertensión y enfermedad del corazón pueden ser exacerbadas o controladas pobremente cuando una mujer está siendo maltratada.³⁸

En caso del Sector Salud, las limitaciones en recursos financieros para combatir la problemática de la violencia intrafamiliar y la ausencia de protocolos de investigación que detecten y estudien los casos de VI que ingresan a las salas de urgencias de los hospitales de primer nivel, aunado a la sobrecarga de trabajo asistencial de los médicos generales y a la falta de conocimiento real de las implicaciones sociales, contribuyen a la perpetuación y aumento de las condicionantes de la VI. Los países en desarrollo cuentan con un número amplio de estudios sobre la prevalencia del problema, en México no existen datos precisos elaborados por las instituciones de salud.

Es importante resaltar que a medida que los roles culturalmente determinados empiezan a modificarse en nuestro país, con mas mujeres trabajando en forma remunerada este hecho puede conllevar mas estrés en el hogar y por lo tanto incrementar la frecuencia o intensidad del maltrato en sujetos en riesgo como un método de solución de conflictos.

Existe un amplio número de interrogantes que aún no han sido debidamente exploradas y que constituyen el objetivo principal del presente estudio; elaborar perfiles descriptivos de los síntomas típicos (localización de lesiones, problemas somáticos asociados, síndrome de estrés post-traumático) con el fin de facilitar la identificación de las víctimas cuando acuden a los servicios de salud y definir factores de riesgo con el fin implementar intervenciones eficaces. Estudiar la conceptualización que los médicos tienen en relación al maltrato hacia las mujeres y los motivos por los cuales evitan considerar este aspecto como determinante en la patología médica y psiquiátrica que presentan las mujeres que acuden a consulta.

Para poder implementar estrategias adecuadas de intervención, es esencial conocer la prevalencia y factores de riesgo en instituciones de salud. La violencia en el hogar es la causa

subyacente en gran cantidad de mujeres usuarias de los sistemas de salud que acuden a consulta con una amplia gama de síntomas y esta constelación consecuencia de vivir en una relación de maltrato se le conoce como Síndrome de la Mujer Maltratada. La violencia puede ser la causa de ingresos no solo a las salas de urgencias sino a varias especialidades médicas. Un estudio en un hospital urbano de medicina interna nos ofrece información para conocer la prevalencia del Síndrome de la Mujer Maltratada en la consulta externa y tenemos la posibilidad de desarrollar un algoritmo de manejo para víctimas de violencia en el hogar.

1.2 MARCO CONCEPTUAL

De tantas transformaciones en el panorama de la salud que han surgido a lo largo del siglo XX el crecimiento en la violencia es uno de los aspectos mas complejos y con mayores implicaciones familiares, psicológicas y sociales. Actualmente, un preocupante 4% de las personas que mueren en el mundo, la causa fue homicidio o suicidio. En 1998, 5.8 millones personas murieron resultado de lesiones y de estas 2.3 murieron a consecuencia de la violencia. Las cifras indican que la violencia ocasiona una carga en la salud que se traduce en lesionados, muertes prematuras y años de vida perdida.^{39,40}

Cuando una persona muere de cáncer a los 65 años y la esperanza de vida de esa sociedad es de 70, son cinco los años que se han perdido⁴¹. Si por otro lado alguien muere asesinado a los 20 años, se han perdido 50 años de vida. Un indicador diseñado por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Universidad de Harvard que contabiliza los años de salud que se pierden debido a muertes prematuras y los que se viven con discapacidad (AVISA) que en traducciones oficiales el termino empleado es años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD) es una de las vertientes en el estudio de la violencia mas alarmante debido al impacto que la violencia genera en las sociedades⁴². En 1990, la guerra, las lesiones auto-inflingidas y la violencia intrafamiliar se encontraban en los sitios 17, 18 y 19 respectivamente como años de vida perdidos por discapacidad y se estima que para el año 2020 la guerra ocupara el 8avo lugar, la violencia intrafamiliar el 12avo y la violencia auto-inflingida el 14avo.^{39,40}

La violencia se puede definir y estudiar desde varias perspectivas teóricas. Los estudios psicológicos se han centrado en examinar cómo los rasgos de personalidad y los trastornos mentales pueden conducir a la violencia, la sociología explica la violencia en términos de las estructuras sociales y la forma en que está constituida la familia con énfasis especial en el sistema patriarcal, que afectan a las personas y sus conductas; la perspectiva feminista la visualiza como un problema de género y desequilibrio de poder en las relaciones; para la salud pública el problema de la violencia se estudia a partir de las muertes, discapacidad, morbilidad y carga en los sistema de salud que atienden a las víctimas.

Para el derecho penal el *pater familia* tiene la posibilidad de corregir a la mujer y a los hijos incluso por medio de la violencia, el empleo de la fuerza para obtener la cópula dentro del matrimonio no constituye el delito de violación sino que se trata del ejercicio indebido de un derecho. Lo que sucede al interior de la familia debe ser resuelto por sus integrantes y el Estado solo interviene en el caso de los menores en donde si los padres fallan el Estado asume la tutela como lo establece la Constitución y la legislación civil y penal.⁴³ Ejemplo de clara deficiencia legislativa para evitar y prevenir la violencia al interior del hogar son lo previamente expuesto.

Esta fragmentación⁴⁴ ha llevado a que las diferentes posturas teóricas definan de modo inconsistente su objeto de estudio y la forma en que recopilan esta información, es así que para los psicólogos es importante diferenciar la violencia “leve” de los actos brutales que cometen hombres extremadamente violentos. Gelles,⁴⁵ representando la perspectiva sociológica considera que no debemos enfocarnos únicamente en las formas mas extremas de la violencia sino analizar la tolerancia que las sociedades tienen hacia cualquier manifestación de violencia. Finalmente, la

perspectiva de género hace hincapié en que se debe contar con una definición que incluya una visión más amplia de violencia que incluya tanto la emocional, física y sexual, tipificándola y no atribuyendo mas importancia a las lesiones físicas que al maltrato emocional. En su opinión, es importante no dejar de lado las formas que adopta la violencia contra mas mujeres en algunas sociedades como la mutilación genital, las muertes por honor, la practica de prender fuego a las mujeres cuyas familias no cumplen con el compromiso de la dote y la prostitución organizada ⁴⁶

Para el presente trabajo se eligió el paradigma adoptado por la salud pública que considera la disminución en la calidad de vida como una de las consecuencias mas visibles de la violencia contra las mujeres.⁴⁴

La Violencia Intrafamiliar y los Sistemas de Salud.

Una de las posturas en relación a la utilidad de los servicios de salud se ha centrado en la reducción de la mortalidad, sin embargo existen otros factores mas difíciles de cuantificar que tienen que ver mas con la calidad de vida que con su cantidad. Utilizando la definición de los Sistemas de Salud como la respuesta social organizada a problemas de salud de una población⁵ que han sido previamente identificados por la investigación epidemiológica y bajo la óptica de la salud pública que conceptualiza a la salud como el punto de confluencia entre lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado el conocimiento y la acción ⁵ podemos analizar el problema de la violencia como un problema de salud que influye en todas las características antes descritas.

El objetivo principal del presente estudio fue documentar y cuantificar el impacto que la violencia al interior del hogar tiene sobre la salud de un grupo de mujeres que acuden a consulta a un hospital de tercer nivel. A medida que se analizan los resultados nos encontramos con la tarea de evaluar la respuesta de los Sistemas de Salud ante este problema y aportar sugerencias sobre la forma en que se pueden mejorar. Una vez que se hace la asociación entre violencia y morbilidad se inserta el tema en los sistemas sociales que favorecen la inequidad entre mujeres y hombres así como la respuesta incipiente de las instituciones de salud ante esta que por su enorme frecuencia se podría considerar epidemia. Como se mencionó anteriormente, el problema de la violencia contra las mujeres se extiende a toda una gama de problemas de salud que incluyen maltrato infantil, homicidio, síndrome de estrés post-traumático, depresión, adicciones, problemas en la gestación e intentos de suicidio. Sin duda el paradigma de la salud pública se ve representado en todas las ramificaciones que el problema de la violencia tiene a nivel personal y social. Al conceptualizar la violencia en términos de la salud pública y utilizando las mismas herramientas de estudio nos encontramos con que la participación activa de la comunidad médica y los prestadores de servicios que conforman los actores principales de los Sistemas de Salud es imprescindible en el desarrollo de acciones preventivas, de diagnóstico, defensa y tratamiento de las víctimas.

Prevención Primaria

Los Prestadores de Servicios

En términos clásicos de salud pública la prevención primaria implica reducir el número de casos nuevos modificando los factores conductuales o ambientales. En el caso de México, es necesario que los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos) que entran en contacto con mujeres reconozcan el problema como altamente frecuente y de esta

forma incorporen a su quehacer cotidiano el sondeo de rutina con preguntas sencillas como “¿En el último año ha sido usted víctima de maltrato físico, psicológico y/o sexual?”.

Prevención Secundaria

Identificación Temprana

Una vez que se reconoce el problema de la violencia como un problema con incidencia en el sector salud se hace la analogía con el sondeo de rutina que se hace a un paciente por ejemplo sobre hábitos de tabaquismo al mismo tiempo que se le explican los riesgos a su salud que conlleva fumar. La identificación temprana también incluye intervenciones como desarrollar protocolos de tratamiento para prevenir secuelas en salud mental, contar con un directorio de agencias gubernamentales y no gubernamentales que dan apoyo y asesoría técnica y legal a víctimas, valoración de peligrosidad en donde se alerta a la mujer sobre los riesgos potenciales para ella y sus hijos que implica vivir en una relación de violencia.⁴⁷

Prevención Terciaria

Sistemas de Salud

En 1998 se aprobó la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar que define las tareas y responsabilidades de órganos centrales de la administración pública del Distrito Federal así como los niveles de participación de instituciones, organizaciones sociales y profesionistas especializados en el tema.⁴⁸ Mediante esta ley los prestadores de servicios de salud tienen obligación de reportar aquellos casos en que se sospecha maltrato para que las instituciones de procuración de justicia actúen de acuerdo a lo estipulado por la ley. Por su parte, los sistemas de salud crearon la Norma de Atención a las Víctimas de Violencia Familiar⁴⁹ la cual se ha

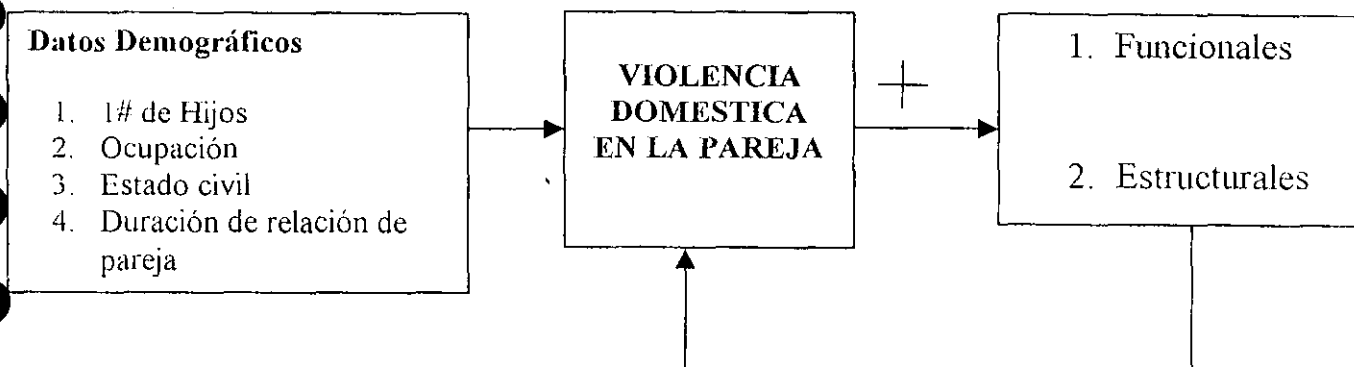
acompañado de cursos de capacitación y talleres a los prestadores de servicios sobre la detección y diagnóstico, lineamientos generales de prestación de servicios de salud ante el diagnóstico de violencia familiar, registro de información, fundamentos éticos y jurídicos de aviso al ministerio público, promoción de la salud y prevención de la violencia familiar. Estos lineamientos siguen un formato similar al propuesto por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.⁵⁰ Finalmente, el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar (PRONAVI) 1999-2000⁵¹ formó parte del Plan Nacional de Desarrollo 1995-200 y en su capítulo sobre Desarrollo Social tiene como tarea “prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres para lo cual resulta imperativo hacer visible dicho problema social y desarrollar mecanismos institucionales.”

Lo anterior demuestra como la participación activa del Estado mediante políticas específicas de prevención y erradicación de la violencia puede traducirse en mejoras tangibles en las condiciones de salud para las mujeres que sufren violencia en el hogar.⁵ En el presente estudio adoptamos la visión Epidemiológica-Social descrita por Frenk⁵ y a continuación se describe la operacionalización de las variables en los tres estudios aquí descritos.

ESTUDIO A
Pacientes Neurológicas

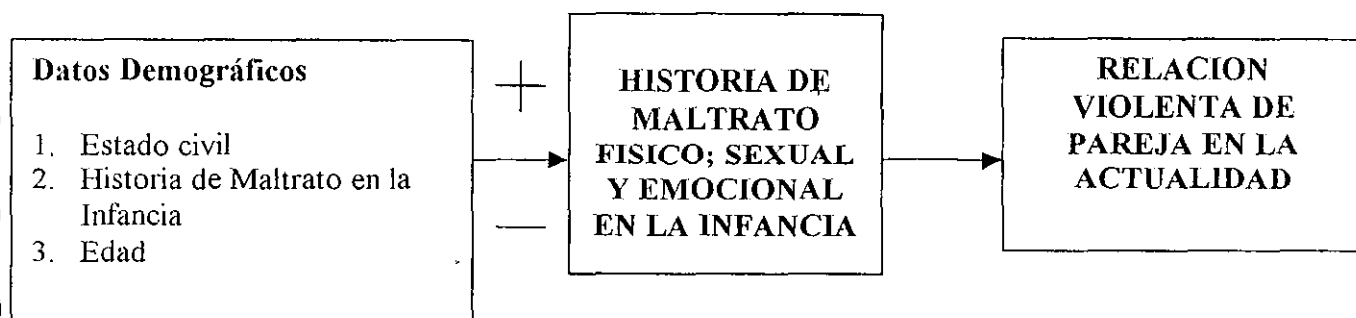
Antecedentes

Dx Neurológico



ESTUDIO B
Enfermeras

Antecedentes

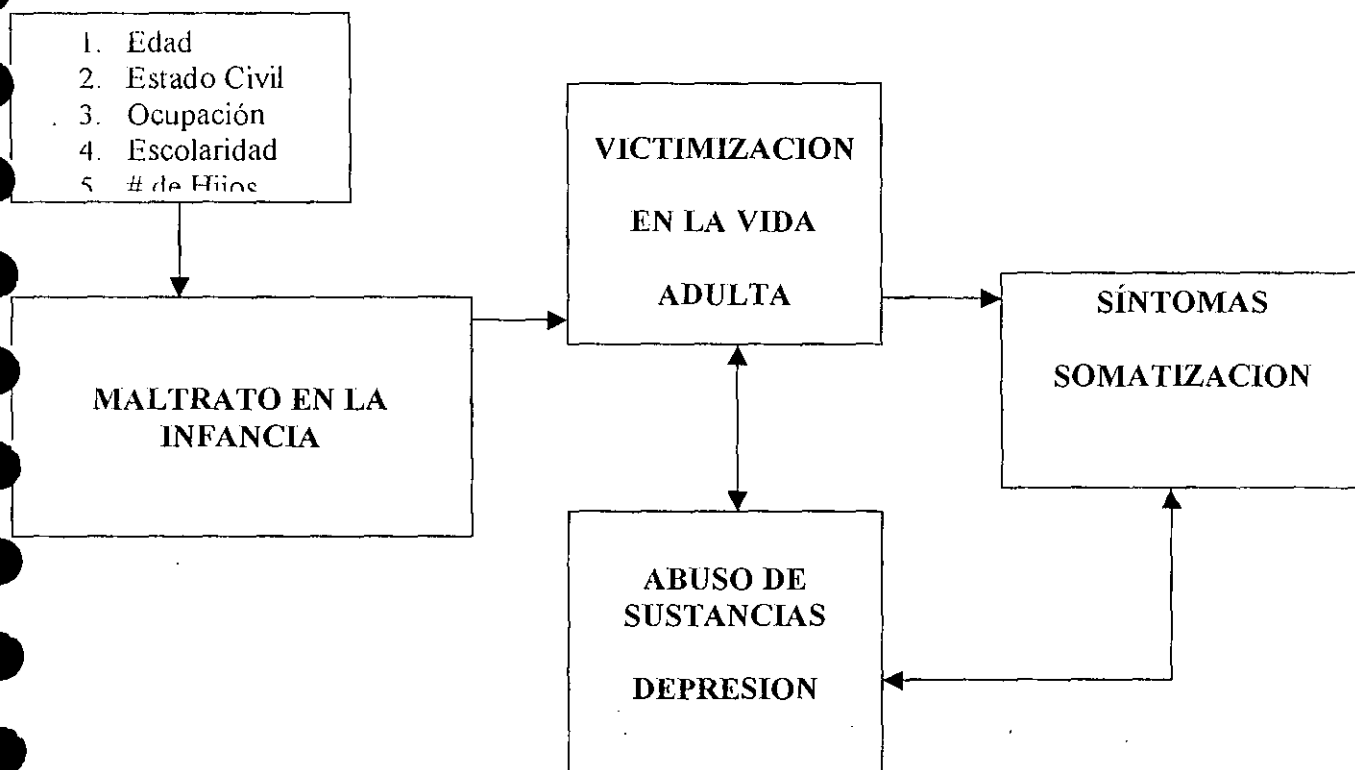


ESTUDIO C

Hospital de Medicina Interna

Demográficos

1. Edad
2. Estado Civil
3. Ocupación
4. Escolaridad
5. # de Hijos



CAPITULO II METODOLOGIA

OBJETIVO PRINCIPAL:

Estudios previos llevados a cabo entre pacientes neurológicas y entre enfermeras han demostrado que la exposición a violencia en el hogar tiene repercusiones en la salud de las mujeres. Investigar la prevalencia e historia de maltrato físico y sexual entre mujeres que acuden a consulta externa de un hospital de tercer nivel y buscar asociaciones con los diagnósticos y el Síndrome de la Mujer Maltratada.

METAS:

1. Cuantificar el Síndrome de la Mujer Maltratada entre usuarias de un centro de referencia para pacientes neurológicas, enfermeras de once hospitales del área metropolitana de la ciudad de México y pacientes que acuden a consulta externa de un hospital de medicina interna de tercer nivel.
2. Delimitar grupos de riesgo y ofrecer programas educativos que promuevan métodos de solución de conflictos que combatan la violencia.
3. Explorar cuáles son las barreras individuales e institucionales que no permiten una adecuada identificación de las mujeres maltratadas que acuden con padecimientos médicos que enmascaran su condición en el hogar.

METODO

Instrumento

Se utilizó una versión de *El Cuestionario de la Salud de las Mujeres* (ver anexo 1) desarrollado por McCauley y cols., en la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins y validado en una muestra de mujeres adultas que acudían a consulta a cuatro hospitales de primer nivel de la zona de Baltimore. El cuestionario consta de 89 reactivos que incluyen datos demográficos, síntomas físicos, antecedentes psiquiátricos, utilización de drogas y medicamentos utilizados actualmente. Los índices de somatización fueron medidos en los últimos seis meses y la última semana, ideación e intento suicida, consumo de alcohol en la paciente y su pareja, historia de aborto espontáneo o producido, antecedentes de maltrato físico constante en la infancia, relaciones sexuales no consensuales en la infancia, historia de maltrato físico y sexual y en el último año, índice de severidad de maltrato físico en el último año y maltrato durante el embarazo. El abuso de sustancias fue medido utilizando la escala CAGE (**annoyance** at others' concern about drinking), sentirse culpable por la forma de beber (feeling **guilty** about drinking), y tomar una copa por las mañanas (using alcohol as an **eye-opener** in the morning). Esta escala ha demostrado una sensibilidad de 74% a 76% y especificidad de 94% a 96% para diagnóstico de dependencia o abuso de alcohol. Para medir ansiedad, depresión, somatización y auto estima se utilizó el SCL-22 (Symptom Check List)³⁸.

Se tradujo el instrumento al español y se llevó a cabo una prueba piloto con 140 pacientes del Instituto Nacional de la Nutrición para valorar si comprendían las preguntas y para tener un estimado en que basar nuestro tamaño de muestra. Los resultados de la prueba piloto nos llevaron a hacer algunos cambios en el instrumento original. Omitimos la sección en donde las mujeres debían anotar los ingresos de la familia ya que las participantes no fueron capaces de dar un estimado; 2) la

sección de raza fue eliminada como variable ya que nuestra muestra estaba compuesta casi enteramente por mestizos mexicanos; 3) eliminamos el mapa corporal debido a que las mujeres no marcaron en forma clara el sitio de las lesiones o simplemente se saltaron la pregunta; 4) añadimos la opción “provocado” en la sección de aborto; 5) en la sección de maltrato en la infancia añadimos la pregunta de si el padre maltrataba a la madre. Finalmente, las mujeres reportaban mas fácilmente un número estimado de incidentes de violencia física de modo que la sección de frecuencia de maltrato se valoró con números y no con las descripciones cualitativas de “a veces”, “seguido” o “nunca”. Sin embargo en la sección de maltrato sexual las mujeres si utilizaron descripciones cualitativas. Llevamos a cabo un estudio de confiabilidad de la versión adaptada y traducida al español que arrojó un Alfa de Cronbach de 0.87 para los reactivos que valoran el síndrome de la mujer maltratada, mostrando un nivel alto de validez interna.

El cuestionario validado se aplicó a 2,475 participantes potenciales que acudían a consulta externa del Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”. Dicha institución atiende pacientes de nivel socioeconómico medio y medio bajo que acuden a consulta por una variedad de problemas de salud, sin énfasis especial en mujeres con relaciones de maltrato en el hogar. Los pacientes acuden de toda la república y alrededor del 50% provienen de la ciudad de México y áreas conurbadas. De la muestra original, 175 mujeres (7.1%) no desearon participar y 441 (17.8%) se llevaron el instrumento a casa y no lo regresaron. De las 1,859 restantes excluimos 79 cuestionarios del análisis ya que: 51 dejaron secciones incompletas, 21 respondieron el instrumento con algún familiar y 7 no eran ciudadanas mexicanas. Por tanto, colectamos 1,780 cuestionarios completos de un total de 2,475 con un índice de respuesta de 71.9%.

MUESTRA

Selección de la muestra.

En el presente estudio se estudiaron tres grupos que frecuentemente son víctimas de VI :

1. Usuarías de un centro de referencia para pacientes neurológicas.
2. Enfermeras que laboran en once hospitales del área metropolitana.
3. Mujeres que acuden a un hospital de tercer nivel (Instituto Nacional de la Nutrición) para valorar la frecuencia del Síndrome de la Mujer Maltratada.

Considerando la prevalencia de alrededor del 50%⁷ de VI en nuestro país, se seleccionó una muestra aleatoria formada por

- a) 1,000 pacientes neurológicas.
- b) 1,150 enfermeras
- c) 2,400 pacientes de un hospital de medicina interna

Criterios de inclusión:

- a) Mujeres entre 18 y 60 años.
- d) Disposición a participar.

Criterios de exclusión:

Incapacidad para contestar el cuestionario.

PROCEDIMIENTO

El personal de enfermería del hospital fue informado que se llevaría a cabo una investigación relacionada con la salud de las mujeres entre aquellas mujeres que acuden a consulta externa entre Agosto-Diciembre, 1997. Un equipo de psicólogos previamente capacitados en la teoría sobre la violencia doméstica y el uso del instrumento conformó el equipo de investigadores encargado de recolectar los datos. La participación era voluntaria y no se aplicarían sanciones a aquellas mujeres que no desearan participar, el Comité de Ética de la institución aprobó el proyecto. Cuando una paciente acudía al módulo de control de citas, el equipo de investigación le explicaba la naturaleza del proyecto y solicitaba su participación haciendo hincapié en la confidencialidad de la información. Si la paciente aceptaba participar se le pedía que firmara una carta de consentimiento informado y era llevada a un área silenciosa en donde podía responder al cuestionario.

Las pacientes contaban con tiempo suficiente para completar el cuestionario antes de ser llamadas a consulta. No se marcaron límites de tiempo para responder. El equipo de investigación había sido previamente capacitado por el investigador principal y se habían estandarizado los métodos de recolección de datos, en caso necesario, se encontraban cerca para responder cualquier pregunta que surgiera. Los cuestionarios eran anónimos y una vez que terminaban, las enfermeras o algún miembro del equipo de investigación los depositaban en una caja de cartón cerrada.

ANÁLISIS

Para poder establecer una relación entre motivo de consulta y maltrato en el hogar, clasificamos las razones que llevaron a las mujeres a buscar ayuda médica de acuerdo a la

Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, Décima Revisión. Aun cuando algunas pacientes tenían sintomatología mixta, incluimos cada caso como un diagnóstico individual. Algunas pacientes acudían al Servicio de Biología de la Reproducción con diagnóstico de infertilidad y al mismo tiempo eran pacientes de la Clínica de Enfermedades Auto-Immunes. El diagnóstico principal era el que se tomaba como motivo de consulta.

Toda la información fue analizada con Standard Statistical Software (SPSS, Chicago, Ill.) Utilizamos la prueba de chi cuadrada para datos con variables categóricas aunque en aquellos casos donde el tamaño de la celda era <5 utilizamos la prueba exacta de Fisher.

Con el fin de establecer el riesgo de reportar maltrato en el último año, elaboramos un modelo de regresión logística. Todos los resultados con significancia estadística se reportan con una $p < 0.05$. Nuestro tamaño de muestra de 1,780 nos da un poder de 88% para detectar la diferencia entre una porción hipotética de 8.5% de mujeres que reportan maltrato y una hipótesis alternativa de que esta proporción se encuentra más de 2 puntos porcentuales arriba o abajo de este estimado

CAPITULO III

RESULTADOS

Los resultados se presentan en forma de artículos publicados. El primer trabajo constituye el marco teórico de la violencia intrafamiliar como un problema de salud. En el segundo artículo describe el papel que juega el profesional de la salud en la detección, diagnóstico, tratamiento y referencia de víctimas de violencia en el hogar. El trabajo publicado en la revista Universidad de México sobre la problemática de la violencia contra las mujeres fue solicitado a los editores para ser publicado en una revista francesa de divulgación sobre América Latina. La muestra de pacientes neurológicas fue el primer intento por medir el impacto que tiene la violencia en el hogar sobre la salud de las mujeres. Las enfermeras siendo de los profesionales de la salud que tiene un contacto mas prolongado con las pacientes era importante conocer la prevalencia de maltrato físico entre ellas para explorar si su propia experiencia puede actuar como barrera o catalizador en la identificación de las mujeres maltratadas. Finalmente, el estudio entre usuarias de un hospital de medicina interna es el primer intento en Latino América por conocer la prevalencia del síndrome de la Mujer Maltratada.

REFERENCIAS

1. Díaz Olavarrieta, C, Sotelo J. Domestic Violence in Mexico. JAMA. Junio 26, 1996. vol. 275 No. 24. 1937-1941.
2. Castillo-Alba, C. Díaz Olavarrieta. El síndrome de la mujer maltratada: Su diagnóstico e impacto en la práctica médica. Revista Ecuatoriana de Neurología. vol. 5, número 2 y 3, 1996. 33-37.

3. Díaz Olavarrieta C. Violencia Contra las Mujeres. Revista Universidad de México. Agosto 1998 pp. 23-27 (número extraordinario)
4. Díaz Olavarrieta C. Violencia Contra las Mujeres. Espaces Latins. n° 170 décembre. page 15-17.
5. Díaz Olavarrieta C, J. Campbell. C. García de la Cadena. Domestic Violence Against Chronic Neurological Patients. Archives of Neurology, 1999;56:681-685
6. C. Díaz Olavarrieta, C. García de la Cadena, Paz F., Campbell J. Prevalence of Intimate Partner Abuse Among Nurses and Technical Aids in Mexico. Archives of Medical Research, en prensa.
7. Claudia Díaz-Olavarrieta, M.Sc., Charlotte Ellertson M.P.A., Ph.D., Francisco Paz, B.Sc., Samuel Ponce de León, M.D., Donato Alarcón, M.D.. Prevalence and correlates of battering among outpatients at a Mexican tertiary care institution.

El Síndrome de la Mujer Maltratada: Su diagnóstico e Impacto en la Práctica Médica

Lic. Silvia Castillo-Alba, MC. Claudia Díaz-Olavarrieta

Subdirección General de Investigación,
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México, D. F.

RESUMEN: El síndrome de la mujer maltratada afecta un gran número de mujeres, lo que torna evidente la necesidad médica de contar con un algoritmo de diagnóstico y atención primaria. Dentro de los sistemas de salud, el médico es habitualmente el primer contacto profesional con la mujer a través de consulta familiar, individual y en salas de emergencia. Es por ello imprescindible que los profesionales de la salud manejen estrategias para identificar y tratar el síndrome de la mujer maltratada. En el presente artículo se describen las características del ciclo de la violencia, una guía de identificación así como un procedimiento diagnóstico sencillo y rápido que permita al médico actuar y colaborar aminorando este grave problema social.

ABSTRACT: The battering women syndrome affects a vast number of women all over the world; it is necessary for physicians to design an algorithm for the screening and treatment of abused women. Within the health care system, the physician is generally the first professional the woman comes in contact with at the general practitioner's office, the hospital or the emergency room. In the present work, we describe screening procedures for this syndrome, the cycle of violence that characterizes violent relationships, as well as an easy and quick way the physician can participate to reduce this serious social problem.

El síndrome de la mujer maltratada (SMM) es una manifestación de la violencia doméstica (VD) que se divide por edad en maltrato al menor, a la mujer o al anciano^[1]. La violencia doméstica contra la mujer es un patrón de conductas de maltrato y coerción; que incluye agresión física, emocional y/o sexual^[2,3]. Siendo consecuencias frecuentes, entre otras, deterioro de la autoestima, falta de motivación, temor, ansiedad, depresión, predisposición al abuso de sustancias, partos prematuros, poca o nula capacitación para acceder con éxito a un trabajo, problemas de salud de los hijos y su deserción escolar^[4]. El SMM se observa con gran frecuencia entre las usuarias de los sistemas de salud^[5,6] y es considerado como un problema de carácter endémico^[7-9], su alta prevalencia e inciden-

cial^[9-10] traen consigo nuevos desafíos para que los médicos actúen de manera eficaz ante este problema.

El SMM se refiere a las consecuencias fundamentalmente psicológicas, resultado de vivir en una relación de maltrato crónico. Una relación de maltrato es aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de coerción de una de las partes a otro miembro de la relación; subrayándose que para poder definir una situación como SMM, la relación de maltrato debe ser crónica, permanente o periódica. Cualquier miembro de la familia puede ser agente o víctima de maltrato^[11], sin embargo, estudios sobre el tema señalan a la mujer como la principal víctima adentro del contexto familiar^[12]. Walker^[13] menciona que este síndrome es parte de un patrón de síntomas psicológicos conocido como síndrome de estrés post-traumático, que se produce a consecuencia de la exposición repetida a traumas severos de tipo físico y psicológico del que son objeto las mujeres maltratadas.

CORRESPONDENCIA: Claudia Díaz-Olavarrieta.
Subdirección General de Investigación, Instituto Nacional
de Neurología y Neurocirugía.
Insurgentes Sur No. 3877 Col. La Fama,
Tlalpan. C. P. 14269 MEXICO

Encuestas en población abierta, realizadas en Estados Unidos reportan que aproximadamente el 10% de las mujeres padecen SMM^[14]. 1.8 millones de mujeres son maltratadas anualmente por su pareja, del 9% al 20% se encuentran gestantes^[15] y más de 650,000 son víctimas de abuso sexual^[16]. Estimar la proporción en Latinoamérica de mujeres maltratadas se dificulta por varias razones, principalmente porque en varios países apenas se empieza a reconocer este tema como problema de salud pública y social. Investigaciones recientes describen un alto nivel de prevalencia e incidencia del maltrato a la mujer así como de las consecuencias en su salud física, mental y social^[17]. A pesar de los esfuerzos de algunos estudios que han empezado a mostrar su relevancia^[18-19], la mayoría de los médicos desconocen una forma sistemática para diagnosticar y tratar mujeres que acuden a consulta médica y presentan el SMM.

CICLO DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

El maltrato a la mujer se presenta con diferentes grados de intensidad, sin embargo se caracteriza por tres etapas^[20]: 1. Etapa de inicio: hay un incremento gradual de tensión en el hombre. Esta etapa puede durar varios días, semanas o meses. El hombre hace amenazas y la mujer teme nuevos episodios de violencia, se torna más sumisa y complaciente. 2. Etapa de aumento de tensión: es cuando sucede el episodio de violencia. Esta etapa generalmente es breve. El miedo, la vergüenza, el aislamiento, la baja autoestima, la co-dependencia y el creer que es la culpable de que ocurra el maltrato, paraliza el estado emocional de la mujer impidiéndole actuar en la toma de decisiones para eliminar o manejar el problema. 3. Etapa de "Luna de Miel": el hombre está asustado porque teme el abandono, hará y dirá cualquier cosa para obtener el perdón de su pareja. Se comporta en forma solícita y cariñosa y se disculpa por lo que hizo, la mujer quiere creer que él cambiará, albergando nuevas esperanzas. La diversas formas de maltrato que caracterizan el SMM se facilitan a través del poder que el esposo, novio o compañero ejerce sobre la mujer. Este puede ser de tipo físico (a través de la fuerza o el uso de objetos), psicológico (desvalorizando a la mujer) y sexual (por medio de violación)^[21]. Así mismo, de acuerdo con la forma de maltrato y el uso de poder ejercido se generan diversas formas de daño^[22]. Cabe resaltar que cuando el hombre empieza a golpear a su pareja, la violencia tiende a escalar. Los golpes son progresivamente más graves y frecuentes. El salir de este ciclo es más difícil a medida que transcurre el tiempo, sin embargo, el maltrato a la mujer se puede detener me-

diante una intervención eficaz y adecuada.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL MALTRATO

Se han reconocido varios factores de riesgo asociados al maltrato de la mujer, entre los que destacan: 1. Violencia en la familia de origen, ya sea como víctima o testigo: la teoría de modelamiento de la conducta es una de las explicaciones de la transmisión generacional de la violencia. 2. Factores demográficos. Aún cuando el maltrato se presenta en todos los grupos sociales, este es más prevalente entre hombres con poca escolaridad y bajos recursos económicos. 3. El abuso de sustancias se ha asociado con maltrato, sin embargo el estar intoxicado al momento del maltrato no parece ser un marcador de riesgo y la intoxicación severa puede disminuir la violencia. 4. Factores conductuales como irritabilidad, frustración, enojo desplazado hacia la mujer, depresión, poca asertividad y autoestima son rasgos frecuentes en hombres que golpean a su pareja. 5. Psicopatología: Aun cuando un porcentaje pequeño de agresores presentan trastornos mentales severos, la gran mayoría cuenta con diagnósticos del eje II (trastornos de personalidad y retraso mental, de acuerdo al DSM-IV) y 6. Maltrato al menor. La mayoría de las encuestas han demostrado que la mitad de los hombres que golpean a sus esposas, también golpean a sus hijos. Si bien las mujeres maltratadas tienen mayor riesgo de golpear a sus hijos que la población en general, este riesgo es inferior al que presentan los hombres.

INDICADORES CLINICOS DEL SINDROME DE LA MUJER MALTRATADA

Se incluyen los siguientes indicadores clínicos del SMM^[24]: 1. Indicadores físicos: cefalea tensional, migraña, dolor crónico, golpes leves y severos, quemaduras, daño en órganos internos, contusiones, laceraciones, abuso de alcohol o sustancias, fracturas, dolores pélvicos y de espalda, alteraciones gastrointestinales, múltiples quejas somáticas, insomnio, entre otros. 2. Indicadores psicológicos: agitación, ansiedad, depresión, confusión, desorientación, aislamiento, estrés, evasión, etc. y 3. Indicadores sexuales: abuso sexual.

Para poder diagnosticar el Síndrome de la Mujer Maltratada, es importante observar los siguientes puntos^[25]: 1. Los indicadores de maltrato (depresión, múltiple sintomatología psicosomática, fracaso terapéutico persistente) generalmente se presentan en conjunto. 2. La paciente acude al médico en forma repetida, frecuentemente con nueva sintomatología. 3. La paciente ofre-

Debido a que la violencia es tan común en nuestras vidas, a diario sabemos de violaciones, asaltos, robos, muertes, etc. Las mujeres no estamos exentas de estos peligros, que muchas veces pasan dentro de nuestra casa. De manera rutinaria estamos preguntando a todas las pacientes de este hospital acerca de este problema que muchas veces pasa desapercibido.

Las preguntas que va usted a contestar son anónimas y estrictamente confidenciales. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la salud de las mujeres en nuestro país. Si desea más información al respecto de este tema por favor comuníquese con el encuestador o llame al tel.: _____

1. ¿Alguna vez ha sido maltratado física o emocionalmente por su compañero o alguien importante para usted?

Si ☐ No ☐

¿Qué tipo de Maltrato?

Físico ☐ Psicológico ☐

Si la respuesta es SI, ¿Por quién?

Esposo ☐ Ex-esposo ☐ Novio ☐ Extraño ☐ Padre ☐ Más de uno ☐

Número de veces 0-5 _____ 5-10 _____ 10-15 _____ Más de 15 _____

El Maltrato se presentó bajo los efectos del alcohol? Si ☐ No ☐

2. ¿En el último año ha sido Ud. golpeada, abofeteada, pateada, o lastimada físicamente de algún otro modo?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta es SI, ¿Por quién?

Esposo ☐ Ex-esposo ☐ Novio ☐ Extraño ☐ Padre ☐ Más de uno ☐ Compañero ☐ Concubino ☐

Número de veces 0-5 _____ 5-10 _____ 10-15 _____ Más de 15 _____

Tipo de maltrato: Pegar ☐ Bofetadas ☐ Extrangular ☐ Patear ☐ Otro _____

¿El Maltrato se presentó bajo los efectos del alcohol? Si ☐ No ☐

3. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento médico (acudió a la sala de urgencia de algún hospital, fue a una clínica, centro de salud, o a la Cruz Roja) por lesiones producidas por el maltrato?

Si ☐ No ☐

5. ¿Cuando ha estado embarazada, fue golpeada, abofeteada, pateada o lastimada físicamente de otro modo?

Si ☐ No ☐ No he estado embarazada ☐

Si la respuesta es SI, ¿Por quién?

Esposo ☐ Ex-esposo ☐ Novio ☐ Extraño ☐ Padre ☐ Más de uno ☐ Compañero ☐

Número de veces 0-5 _____ 5-10 _____ 10-15 _____ Más de 15 _____

Tipo de maltrato: Pegar ☐ Bofetadas ☐ Extrangular ☐ Patear ☐ Otro _____

6. En el último año ha sido forzada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta es SI, ¿Por quién?

Esposo ☐ Ex-esposo ☐ Novio ☐ Extraño ☐ Padre ☐ Más de uno ☐ Compañero ☐

Número de veces 0-5 _____ 5-10 _____ 10-15 _____ Más de 15 _____

7. ¿Tiene miedo de su compañero o de algunas(s) de las personas que mencionó?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta es SI, ¿De quién?

Esposo ☐ Ex-esposo ☐ Novio ☐ Extraño ☐ Padre ☐ Más de uno ☐ Compañero ☐

ce una explicación de la causa de su estado físico que es incongruente con lo observado, ejemplo: presentar contusiones graves y expresar que se tropezó en la calle, 4. Cuando a lo largo de la consulta reporta problemas con su esposo, pareja o compañero, el médico debe estar atento a una expresión indirecta e interrogar al respecto de SMM, 5. Cuando la historia clínica de la paciente no se relaciona con los hechos físicos o psicológicos que presenta.

A continuación relataremos un ejemplo típico de lo mencionado: una paciente recurre en repetidas ocasiones con el médico por dolor lumbar, el cual menciona que se le manifestó súbitamente, de acuerdo con su historia clínica nunca ha presentado problemas de ese tipo y además se observa deprimida. Esta mujer y muchas en situaciones similares presentan una alta probabilidad de tener el SMM.

IDENTIFICACION DE MUJERES CON SINDROME DE LA MUJER MALTRATADA

Harnberger^[14] sugiere que el primer paso para la identificación de una mujer maltratada, es preguntar en forma directa sobre la violencia en las relaciones de pareja. Mediante la técnica del "embudo" se elaboran preguntas generales, no directas, sobre el problema de la violencia, mencionando que las parejas tienen formas específicas de manejar los conflictos interpersonales^[15]. Una vez que se ha normalizado el tema de la violencia, se prosigue a un interrogatorio más dirigido y específico. En el Apéndice I se presenta el cuestionario de detección y cuantificación más comúnmente utilizado en estudios clínicos con mujeres maltratadas^[26].

PROCEDIMIENTO PARA ACTUAR EN CASOS DE SINDROME DE LA MUJER MALTRATADA

Se aconsejan las siguientes medidas: 1. Resaltar que el SMM es un problema de salud pública que sucede de manera cotidiana a muchas mujeres^[27], 2. Explicar a la paciente de manera rápida y sencilla las razones por las que no puede actuar en la toma de decisiones respecto a su vida, haciendo énfasis en la paralización emocional que le impide afrontar el problema^[28], 3. Darle nombre y teléfono de los lugares que prestan apoyo y servicio a mujeres maltratadas (cada país cuenta con instituciones que ofrecen atención psicológica, legal y médica).

CONCLUSIONES

La violencia doméstica repercute en el desarrollo hu-

mano de cada mujer deteriorando su salud a corto y largo plazo^[29] así como la de sus hijos^[30-31]. Norberto Bobbio, uno de los pensadores más sobresalientes de nuestro siglo, señaló que la forma más precisa para medir el desarrollo de un pueblo es ver el desarrollo de sus mujeres^[32]. Por ello el maltrato a la mujer ya no puede observarse como algo natural que ocurre dentro de la familia. Existen múltiples razones por las que los médicos y otros profesionales de la salud no responden en forma adecuada al problema de la VD. Algunas de las causas más citadas son falta de información y entrenamiento sobre lo que constituye la VD, concepciones erróneas sobre quienes son las víctimas, sesgos y prejuicios, temor a abrir la caja de Pandora con problemas que sobrepasan la capacidad del médico para resolverlos, considerar que es terreno de psicólogos y psiquiatras^[9]. Sin embargo, es importante que los médicos conozcan y estén preparados para actuar cuando se presentan pacientes con el SMM. Su valiosa intervención a través de un procedimiento sencillo y rápido, permite que el médico pueda colaborar aminorando este problema que afecta a miles de mujeres en el mundo.

Agradecimiento: Este proyecto fue apoyado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT 1001-M9595).

REFERENCIAS

1. Saucedo JM. Violencia en la familia: el maltrato a la mujer. *Rev Med IMSS (Mex)* 1995;33:283-287.
2. Dohmen ML. Abordaje interdisciplinario del Síndrome de la Mujer Maltratada. *Proceso Secuencial*, en: *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Jorge Corsi (ed) Paidós, Buenos Aires 1994:65-131.
3. Krajewski S, Fran M, Dosch M, Gilmore G. Results of a Curriculum Intervention with Seventh Graders Regarding Violence in Relationships. *Journal of Family Violence* 1996; 11:93-112.
4. Larrain S, Rodríguez T. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer, en: *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Elsa Gómez Gómez (ed) Organización Panamericana de la Salud, no. 541. Washington 1993: 202-209.
5. Salber P. Introduction, en: *Improving Your Community Clinic's Response to Domestic Violence: A Training Manual*. Debbie Lee, Lisa Fries (ed) California 1996: 1-11.
6. Ganley A. Understanding Domestic Violence, *ibid.* p. 27-37.
7. Flitcraft A. Violence, Values, and Gender. *JAMA* 1992; 267:3194-3195.
8. Flitcraft A. American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch Fam Med*. 1992; 1: 39-47.
9. DeLahunta E. Personales Exposure of Faculty and Medical Students to Family Violence. *JAMA* 1996; 275: 1903-1906.
10. Kathleen N, Inui T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence. *Opening Pandoras' Box*. *JAMA* 1992; 267:3157-3160.
11. Walker L. *The Battered Woman Syndrome is a Psychologi-*

- cal Consequence of Abuse, en: *Current Controversies on Family Violence*. Richard J. Gelles, Donileen R. Loseke (ed) SAGE Publications California 1993; 133-153.
12. Saucedo-González I. Violencia Doméstica y salud: conceptualización y datos que existen en México. *Perinatol Reprod Hum* 1996; 10: 100-110.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Fourth Edition. Washington 1994.
14. Hamberger K. Identificación e intervención de la mujer golpeada. *Mundo Médico* 1994; 21: 87-93.
15. Gazmararian J, Lazorick S, Spitz A, Ballard T, et al., Prevalence of Violence Against Pregnant Women. *JAMA* 1996; 275: 1915-1920.
16. Lundberg G, Young R, Glanagin A, Koop C, en: *Violence. A Compendium From JAMA, American Medical News, the Specialty Journals of the American Medical Association* (ed) Chicago 1992. p. iii
17. Heise L. Violencia Contra la mujer. La carga oculta sobre la salud, en: *Mujer, Salud y Desarrollo*. Organización Panamericana de la Salud. Washington 1994.
18. Díaz-Olavarrieta C, Sotelo J. Domestic Violence in Mexico. *JAMA* 1996; 275: 1937-1941.
19. Ramos L, Satijeral M, Caballero MA. Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* 1996; 19: 19-32.
20. Walker L. *The battered woman*. New York Harper and Row 1979.
21. Lystad M, Rice M, Kaplan S. Domestic Violence, en: *Family Violence. A Clinical and Legal Guide*. Sandra J. Kaplan (ed) American Psychiatric Press, Washington 1996: 139-180.
22. Corsi J. Violencia Familiar, en: *Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar*. Paidós, Buenos Aires 1994; 15-63.
23. Saunders D. Prediction of Wife Assault, in: *Assessing Dangerousness. Violence by Sexual Offenders, Batterers, and Child Abusers*. Jacquelyn C. Campbell (ed) SAGE Publications, California 1995: 68-95.
24. McCauley J, Kern D, Kolodner K, et. al., The "Bettering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Ann Intern Med*. 1995; 123: 737-746.
25. Perrone J. "Red flags" offer clues in spotting domestic abuse. en: *Violence. A Compendium From JAMA, American Medical News, the Specialty Journals of the American Medical Association*. Chicago 1992. p. 160.
26. McFarlane J, Parker B, Soeken B, Soeken K, Bullock L. Assessing for Abuse During Pregnancy. Severity and Frequency of Injuries and Associated Entry Into Prenatal Care. *JAMA* 1992; 267: 3176-3178.
27. Riquer F, Saucedo I, Bedolla P. Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública, en: *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. Ana Langer y Kathryn Tolbert (ed) The Population Council, México 1996: 247-287.
28. Cantrell L. *El Ciclo de la Violencia*, en: *Guía para la Mujer Golpeada*. The Chas, Franklin Press, 1986.
29. Council of Scientific Affairs, American Medical Association. *Violence Against Women*. *JAMA* 1992; 267: 3184-3189.
30. Davidson H. *The Impact of Domestic Violence on Children*. A report to the President of the American Bar Association (ABA), 1994: 1-9.
31. McAlister B, Zuckerman B, Marans S, Cohen D. Silent Victims. Children Who Witness Violence. *JAMA* 1993; 269: 262-264.
32. Galeana P. Conciencia de Género, en: *Casa del tiempo: Mujeres de Este Mundo*, ed: Juliana González, Rosa Beltrán, Clara Jusidman, Lilia Granillo Bazquez. Universidad Autónoma Metropolitana. México 1996; 14: 45-46.





UNIVERSIDAD

M É X I C O

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO / NÚM. EXTRAORDINARIO II

Mujeres: asunto ancestral, ideas nuevas

número extraordinario

Violencia contra las mujeres

CLAUDIA DÍAZ OLAVARRIETA

En una encuesta llevada a cabo en una institución de salud de la Ciudad de México, se preguntó a las mujeres si alguna vez en su vida o en el año previo habían sido víctimas de violencia intrafamiliar. La mayoría respondió negativamente respecto a ambas situaciones. Sin embargo, esta respuesta no concuerda con las estadísticas reportadas por los pocos estudios efectuados en población abierta en nuestro país, pues ellos indican que de 40 a 50% de las mujeres mexicanas están expuestas a violencia en el hogar de forma cotidiana.

El instrumento breve de sondeo empleado incluía preguntas *likert* (sí/no) y apartados más específicos en donde las entrevistadas debían especificar el tipo de maltrato (físico, psicológico o sexual), la frecuencia del mismo y la identidad del agresor. Gran parte de las mujeres que al comenzar a responder el cuestionario no se definían como víctimas de violencia intrafamiliar, referían luego que habían sido golpeadas, abofecadas y pateadas, y que en ocasiones se las había intentado estrangular. La frecuencia del maltrato era de 8 a 15 veces por año y la pareja masculina (esposo o ex esposo) era el agresor en 90% de los casos.

En entrevistas de mayor profundidad realizadas en comunidades rurales e indígenas, preparadas por una organización no gubernamental dedicada a promover la salud reproductiva, se interrogó a mujeres sobre violencia en el hogar. Los investigadores estudiaban la posible asociación entre la no utilización de métodos anticonceptivos y la violencia. Una de las entrevistadas, que había respondido no ser víctima de violencia intrafamiliar, agregó que ya no veía con el ojo derecho desde que su marido le había dado un "manro". El médico del centro de salud diagnosticó despren-

dimiento traumático de retina con ceguera total en el ojo afectado.

El tema de la violencia contra las mujeres está en las mesas de discusión de grupos plurales, nacionales e internacionales. En países como los Estados Unidos, las mujeres, la mayoría de las cuales sufren violencia en el hogar, no tienen duda alguna sobre su condición de víctimas (y, en algunos casos, las que no lo son también se perciben como víctimas de relaciones de pareja violentas, aunque en realidad la expresión no se ajusta a sus situaciones). Esto en sí es algo positivo, ya que personas bien informadas son capaces de invertir recursos propios y de la comunidad cuando su vida, la de sus hijos o la de familiares cercanos se ve amenazada. El FBI, en su informe anual de muertes por violencia, señala que en 40% de los casos de mujeres muertas por homicidio, el victimario es el marido, el ex marido o un hombre con el que la víctima sostuvo una relación íntima. Este tipo de datos y otros semejantes que aparecen en los medios masivos de comunicación como la radio y la televisión, así como en el transporte urbano (estadísticas según las cuales cada nueve segundos una mujer es golpeada en los Estados Unidos), dan notoriedad y relevancia a un tema que en nuestro país aún es fuente de confusión lingüística.

Compañero de las relaciones

Las cifras recientes —abrumadoras por su magnitud— reportadas por la Organización Mundial de la Salud, la UNISF, la Unifem y otros organismos dependientes de las Naciones Unidas o que trabajan en coordinación con ella, dedicados

al estudio y la prevención del problema de la violencia contra los miembros vulnerables de la sociedad, nos harían pensar que este vicio social es un elemento nuevo en las relaciones de pareja. Incluso algunas corrientes de pensamiento explican el aparente incremento actual de la violencia contra las mujeres como una consecuencia del cambio de roles sociales propios de éstas y del hecho de que los hombres ven amenazada su hegemonía tanto en el hogar como en el lugar de trabajo.

Sin embargo, parece más probable que no haya tal aparente aumento, sino simplemente que ahora los estudiosos que investigan con cuidado el problema pueden especificar las dimensiones de lo que podría ser una caja de Pandora, pues la violencia intrafamiliar ha acompañado a las mujeres desde tiempos ancestrales y la explicación de ello tiene sus raíces en los patrones culturales que tradicionalmente han conferido supremacía social y autoridad a los hombres sobre las mujeres.

Es interesante, en este punto, recordar algunas consideraciones sobre la biología de género. El cerebro humano está conformado por dos hemisferios con cuatro lóbulos cada uno (frontal, temporal, parietal y occipital) y cuarenta billones de neuronas interconectadas que dan lugar a las funciones cerebrales superiores (lenguaje, memoria, cálculo, abstracción). Dentro del cerebro se encuentran estructuras profundas

llamadas subcorticales (por hallarse ubicadas debajo de la corteza cerebral), donde residen los centros que participan primordialmente en las emociones. Se cree que, entre estas estructuras, el circuito límbico —las amígdalas, el hipocampo, el hipotálamo— y múltiples conexiones con el resto de la corteza son los responsables, desde un punto de vista anatómico, de las respuestas primarias emocionales y por tanto de la conducta violenta. Diversos estudios han demostrado que filogenéticamente, en la familia de los primates, a la cual pertenecemos los humanos como género *homo sapiens-sapiens*, el macho es notablemente más violento, impulsivo y dominante que la hembra.

El síndrome de Estocolmo

En 1973, en la capital de Suecia, cuatro nacionales de ese país, tres hombres y una mujer, fueron mantenidos durante seis días en la bóveda de un banco durante un asalto. La mujer desarrolló un lazo afectivo tan fuerte con uno de los captores que rompió un compromiso matrimonial previo y se mantuvo fiel a su antiguo captor durante toda la pena que purgó en la cárcel. Los psicólogos explican que una de las formas en que las víctimas de violencia logran resolver su miedo consiste en establecer lazos de afecto con sus captores o torturadores. Las mujeres maltratadas, los prisioneros de guerra y las víctimas de secuestro tienen en común ser víctimas de tortura y muchos de ellos desarrollan reacciones psicológicas paradójicas a causa de la violencia.

Las redes de albergues y los servicios sociales de países desarrollados no han logrado erradicar el problema del maltrato conyugal, ya que, si bien hay opciones para que las mujeres abandonen los hogares violentos, pareciera ser que sus esquemas mentales (en este caso el desarrollo del síndrome de Estocolmo) son los que les impiden escapar de quienes las acosan y castigan. La sensación de vulnerabilidad y la dependencia que se crea en las relaciones de maltrato lleva a las mujeres a ser incapaces de tomar decisiones.

Otra derivación de este tipo de vínculo es el aislamiento al que son sometidas ellas por parte de sus compañeros o, en el caso del secuestro, por sus captores. Muchas mujeres a las que de recién casadas se les impide tener contacto

con sus familiares con la explicación de que ahora ellas tienen su "propia familia", a las que se les prohíben las amistades con el argumento de que constituyen una "mala influencia" o a las que se intenta desligar de sus redes de apoyo social son inducidas a una posición de vulnerabilidad y dependencia extremas y a ser víctimas potenciales de violencia por sus cónyuges, que en una buena cantidad de casos se transforman sutilmente en sus captores.

La violencia intrafamiliar se define como "todo acto de violencia de género que pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer y sus hijos, incluida la amenaza de realizar dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada" (Economic and Social Council, ONU, 1992). Dentro del rubro de violencia intrafamiliar también se incluyen el maltrato físico y emocional, el abuso sexual contra menores y la propia pareja y la violencia física y psicológica contra las mujeres, así como el maltrato del anciano y la negligencia ante él. Se estima que aproximadamente de 33% a 46% de las mujeres víctimas de agresión física lo son también de abuso sexual. Además de las obvias consecuencias—lesiones físicas frecuentes—de esos hechos, implican otros fenómenos más complejos y difíciles de diagnosticar, como la manifestación de síntomas depresivos crónicos en las víctimas, problemas de desarrollo en los niños, ausentismo laboral y productividad disminuida, bajo rendimiento escolar, etcétera.

La violencia intrafamiliar se encuentra estrechamente ligada a trastornos médicos como alcoholismo, adicciones y una amplia gama de alteraciones somáticas en la víctima, que se combinan erráticamente con datos varios de psicopatología vinculados con el agresor. Un estudio llevado a cabo en hogares mexicanos los describe con carencias y frustraciones, y refiere que en ellos el alcohol es a menudo el disparador de la violencia intrafamiliar y constituye por sí mismo un factor de la misma, aunque tal afirmación sea todavía polémica. Las autoras de esa investigación aseguran que los hechos de violencia donde el responsable se hallaba sobrio rebasan por mucho el número de casos en que consumió previamente alcohol u otra droga, lo que contradice la percepción de que la violencia dentro del hogar explora



Laura Quintanilla

bajo los efectos de alguna sustancia que desinhibe y predispone al sujeto a mayor violencia.

Por el lado de las víctimas de violencia en el hogar, el índice de alcoholismo entre mujeres golpeadas es mayor que el de mujeres que no son víctimas de violencia (16% y 1%, respectivamente) y 20% de las mujeres golpeadas padecen problemas psicológicos severos, además de daño físico.

Síndrome de la mujer maltratada

La constelación de problemas psicológicos causados por una relación de maltrato crónico se conoce como síndrome de la mujer maltratada. Este cuadro es similar al síndrome de estrés posttraumático, término psiquiátrico empleado para describir las consecuencias de eventos traumáticos vividos en forma repetida por una persona, lo cual, en el caso de las mujeres maltratadas, es violencia física, sexual y psicológica.

Cuando las mujeres maltratadas presentan este síndrome manifiestan síntomas de tipo físico: dolor de cabeza tensional, dolor crónico que no se explica por causa orgánica alguna, huellas de golpes leves y severos antiguos y recientes, quemaduras, fracturas, abuso de alcohol o de sustancias enervantes, insomnio e indicadores de abuso sexual. Entre los síntomas psicológicos se encuentran ansiedad, depresión, agitación, miedo y conductas de aislamiento.

Las mujeres maltratadas son usuarias frecuentes de los sistemas de salud, ya que acuden a consulta por problemas derivados de la violencia y a menudo no se consigna el problema subyacente, el cual llega a tener consecuencias fatales o a poner en serio riesgo la salud de la mujer gestante.



Nunik Saurel

Alrededor de 26% de todos los intentos de suicidio de mujeres estadounidenses son precedidos por violencia doméstica, lo que indica que las víctimas sufren depresión y desesperanza acentuadas. La Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia de los Estados Unidos encontró que 37% de las pacientes de tal especialidad habían sido víctimas de maltrato físico durante el embarazo. Otro estudio de ese país reporta una frecuencia de maltrato durante el embarazo de 17%, cifra inferior a la arrojada por un estudio mexicano basado en las mismas preguntas: 24%.

Como toda enfermedad crónica, la violencia intrafamiliar es un problema cada vez más frecuente y grave. En su estudio, hay todavía un aspecto que no se ha considerado suficientemente: la evaluación de la peligrosidad y el potencial homicida de los victimarios. Los expertos del sistema penitenciario exhortan a quienes trabajan con mujeres maltratadas para que adviertan a las posibles víctimas del riesgo que corren. Esta valoración de peligrosidad debe ser una medida adoptada por las mujeres para abandonar el hogar cuando hay evidencia objetiva de que el índice de la peligrosidad va en aumento: el esposo compra una pistola y decide ponerla en la mesa de noche, discute y amenaza de muerte, consume drogas en forma rutinaria y se torna cada vez más agresivo. En un trabajo titulado "If I Can't

Have You, No One Can': Power and Control in Homicide of Female Partners" ("Si no eres mía, no serás de nadie más". Poder y control en el homicidio de parejas femeninas"), se señala que 64% de las víctimas de homicidio, según un estudio de mujeres maltratadas, tenían una historia de violencia que se había agudizado y que ellas no habían sido capaces de valorar como riesgosa.

En cuanto al aspecto legal del problema, la procuración de justicia en México se topa con el mismo tipo de barreras cuando se habla de la salud y la seguridad de las mujeres: en el periodo 1989-1994, sólo en 22.5% del total de casos de homicidios intencionales de hombres llegó a dictarse sentencia condenatoria, en tanto que, cuando las víctimas eran mujeres, el porcentaje disminuyó hasta 12.8%.

Distinciones lingüísticas

Un aspecto importante de las relaciones de violencia tiene que ver con la distinción lingüística. En México, los certificados de defunción deben especificar la causa del fallecimiento, y su terminología debe modificarse, ya que con frecuencia las llamadas lesiones no intencionales son homicidios francos que el sistema médico y legal tipifica como "accidentes", y ello impide elaborar una estadística precisa del número de mujeres que son victimadas cada año por las mismas personas con las que compartieron un hogar y una familia.

La sociedad entera debe participar en el análisis de las causas y las soluciones del problema. Un buen principio de ello será difundir la magnitud del fenómeno y propiciar la aclaración lingüística y social de la grave patología y los riesgos aparejados a las relaciones violentas de pareja. ♦

Lecturas recomendadas

- Campbell, J., "If I Can't Have You, No One Can': Power and Control in Homicide of Female Partners", en J. Radford y D. Russel (eds.), *Femicide. The Politics of Woman Killing*, Twayne Publishers, Nueva York, 1992.
- Corsi, J., *Violencia familiar*, Paidós, Buenos Aires, 1994.
- Díaz Olavarrieta, C. y J. Sotelo, "Domestic Violence in Mexico", en *Journal of The American Medical Association*, vol. 275, núm. 24, 1996, pp. 1937-1941.
- Violence Against Women. A Priority Health Issue*, World Health Organization, Ginebra, 1997.

ESPACES LATINOS

**Les romancières
chiliennes du
vingtième siècle :
du silence à la parole**



URUGUAY-ARGENTINE

Le triomphe de la gauche :

Vasquez et De La Rua

PARCOURS

**Nicaragua : rencontre avec les
fils de Sandino**

FESTIVAL

**Festival de théâtre ibérique et
latino-américain de Bayonne**

LIVRES

**Anne Marie Métaillé depuis
vingt ans au service de la
littérature latino-américaine**

Violencia contra las mujeres

En 1998, la revue *Universidad de México*, que dirige Alberto Dallal, a consacré non pas un mais deux numéros thématiques à la femme, tant l'intérêt pour le sujet est grand au Mexique (rappelons la réédition de l'essai de Rosario Castellanos, *Declaración de fe*, quelques mois auparavant, par les éditions Alfaguara ou le roman d'Ignacio Solares, *Nen, la inútil*) tant les aspects traités sont variés (des questions institutionnelles – droit, éducation, statut socio-économique – jusqu'à la part qui revient aux femmes dans le "patrimoine" artistique, littéraire notamment, en passant par des questions telles que "l'offre et la demande d'éternel féminin") et tant les collaborateurs sont prolifiques.

Espaces latinos dans sa rubrique "Versión Original" propose intégralement un article de Claudia Díaz Olavarrieta, psychologue et chercheur associée à l'Institut National de Neurología y Neurocirugía de la Secretaría de Salud.

Ph. D.-F.

En una encuesta llevada a cabo en una institución de salud de la Ciudad de México, se preguntó a las mujeres si alguna vez en su vida o en el año previo habían sido víctimas de violencia intrafamiliar. La mayoría respondió negativamente respecto a ambas situaciones. Sin embargo, esta respuesta no concuerda con las estadísticas reportadas por los pocos estudios efectuados en población abierta en nuestro país, pues ellos indican que de 40 a 50% de las mujeres mexicanas están expuestas a violencia en el hogar de forma cotidiana.

El instrumento breve de sondeo empleado incluía preguntas *likert* (sí/no) y apartados más específicos en donde las entrevistadas debían especificar el tipo de maltrato (físico, psicológico, o sexual), la frecuencia del mismo y la identidad del agresor. Gran parte de las mujeres que al comenzar a responder el cuestionario no se definían como víctimas de violencia intrafamiliar, referían luego que habían sido golpeadas, abofeteadas y pateadas, y que en ocasiones se las había intentado estrangular. La frecuencia del maltrato era de 8 a 15 veces por año y la pareja masculina (esposo o ex esposo) era el agresor en 90% de los casos.

En entrevistas de mayor profundidad realizadas en comunidades rurales e indígenas, preparadas por una organización no gubernamental dedicada a promover la salud reproductiva, se interrogó a mujeres sobre la violencia en el hogar. Los investigadores estudiaban la posible asociación entre la no utilización de métodos anticonceptivos y la violencia. Una de las entrevistadas, que había respondido no ser víctima de violencia intrafamiliar, agregó que ya no veía con el ojo derecho desde que su marido le había dado un "manazo". El médico del centro de salud diagnosticó desprendimiento traumático de retina con ceguera total en el ojo afectado.

El tema de la violencia contra las mujeres está en las mesas de discusión de grupos plurales, nacionales e internacionales. En países como los Estados Unidos, las mujeres, la mayoría de las cuales sufren violencia en el hogar, no tienen duda alguna sobre su condición de víctimas (y, en algunos casos, las que no lo son también se perciben como

víctimas de relaciones de pareja violentas, aunque en realidad la expresión no se ajusta a sus situaciones). Esto en sí es algo positivo, ya que personas bien informadas son capaces de invertir recursos propios y de la comunidad cuando su vida, la de sus hijos o la de familiares cercanos se ve amenazada. El FBI, en su informe anual de muertes por violencia, señala que 40% de casos de mujeres muertas por homicidio, el victimario es el marido, el ex marido o un hombre con el que la víctima sostuvo una relación íntima. Este tipo de datos y otros semejantes que aparecen en los medios masivos de comunicación como la radio y la televisión, así como en el transporte urbano (estadísticas según las cuales cada nueve segundos una mujer es golpeada en los Estados Unidos), dan notoriedad y relevancia a un tema que en nuestro país aún es fuente de confusión lingüística.

Compañero de las relaciones

Las cifras recientes - abrumadoras por su magnitud - reportadas por la Organización Mundial de la salud, la UNESCO, la Unifem y otros organismos dependientes de las Naciones Unidas o que trabajan en coordinación con ella, dedicados al estudio y la prevención del problema de la violencia contra los miembros vulnerables de la sociedad, nos harían pensar que este vicio social es un elemento nuevo en las relaciones de pareja. Incluso algunas corrientes de pensamiento explican el aparente incremento actual de la violencia contra las mujeres como una consecuencia del cambio de roles sociales propios de éstas y del hecho de que los hombres ven amenazada su hegemonía tanto en el hogar como en el lugar de trabajo.

Sin embargo, parece más probable que no haya tal aparente aumento, sino simplemente que ahora los estudiosos que investigan con cuidado el problema pueden especificar las dimensiones de lo que podría ser una caja de Pandora, pues la violencia intrafamiliar ha acompañado a las mujeres desde tiempos ancestrales y la explicación de ello tiene sus raíces en los patrones culturales que tradicionalmente han conferido supremacía social y autoridad a los

hombres sobre las mujeres.

Es interesante, en este punto, recordar algunas consideraciones sobre la biología de género. El cerebro humano está conformado por dos hemisferios con cuatro lóbulos cada uno (frontal, temporal, parietal y occipital) y cuarenta billones de neuronas interconectadas que dan lugar a las funciones cerebrales superiores (lenguaje, memoria, cálculo, abstracción). Dentro del cerebro se encuentran estructuras profundas llamadas subcorticales (por hallarse ubicadas debajo de la corteza cerebral), donde residen los centros que participan primordialmente en las emociones. Se cree que, entre estas estructuras, el circuito límbico - las amígdalas, el hipocampo, el hipotálamo - y múltiples conexiones con el resto de la corteza son los responsables, desde un punto de vista anatómico, de las respuestas primarias emocionales y por tanto de la conducta violenta. Diversos estudios han demostrado que filogenéticamente, en la familia de los primates, a la cual pertenecemos los humanos como *homo sapiens*, el macho es notablemente más violento, impulsivo y dominante que la hembra.

El síndrome de Estocolmo

En 1973, en la capital de Suecia, cuatro nacionales de ese país, tres hombres y una mujer, fueron mantenidos durante seis días en la bóveda de un banco durante un asalto. La mujer desarrolló un lazo afectivo tan fuerte con uno de los captores que rompió un compromiso matrimonial previo y se mantuvo fiel a su antiguo captor durante toda la pena que purgó en la cárcel. Los psicólogos explican que una de las formas en que las víctimas de violencia logran resolver su miedo consiste en establecer lazos de afecto con sus captores o torturadores. Las mujeres maltratadas, los prisioneros de guerra y las víctimas de secuestro tienen en común ser víctimas de tortura y muchos de ellos desarrollan reacciones psicológicas paradójicas a causa de la violencia.

Las redes de albergues y los servicios sociales de países desarrollados no han logrado erradicar el problema del

maltrato conyugal, ya que, si bien hay opciones para que las mujeres abandonen los hogares violentos, pareciera ser que sus esquemas mentales (en este caso el desarrollo del síndrome de Estocolmo) son los que les impiden escapar de quienes las acosan y castigan. La sensación de vulnerabilidad y la dependencia que se crea en las relaciones de maltrato lleva a las mujeres a ser incapaces de tomar decisiones.

Otra derivación de este tipo de vínculo es el aislamiento al que son sometidas ellas por parte de sus compañeros o, en el caso del secuestro, por sus captores. Muchas mujeres a las que de recién casadas se les impide tener contacto con sus familiares con la explicación de que ahora ellas tienen su "propia familia", a las que se les prohíben las amistades con el argumento de que constituyen una "mala influencia" o a las que se intenta desligar de sus redes de apoyo social son inducidas a una posición de vulnerabilidad y dependencia extremas y a ser víctimas potenciales de violencia por sus cónyuges, que en una buena cantidad de casos se transforman sutilmente en sus captores.

La violencia intrafamiliar se define como "todo acto de violencia de género que pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer y sus hijos, incluida la amenaza de realizar dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada" (Economic and Social Council, ONU, 1992). Dentro del rubro de violencia intrafamiliar también se incluyen el maltrato físico y emocional, el abuso sexual contra menores y la propia pareja y la violencia física y psicológica contra las mujeres, así como el maltrato del anciano y la negligencia ante él. Se estima que aproximadamente de 33% a 46% de las mujeres víctimas de agresión física lo son también de abuso sexual. Además de las obvias consecuencias - lesiones físicas frecuentes - de esos hechos, implican otros fenómenos más complejos y difíciles de diagnosticar, como la manifestación de síntomas depresivos crónicos en las víctimas, problemas de desarrollo en los niños, ausentismo laboral y productividad

disminuida, bajo rendimiento escolar, etcétera.

La violencia intrafamiliar se encuentra estrechamente ligada a trastornos médicos como el alcoholismo, adicciones y una amplia gama de alteraciones somáticas en la víctima, que se combinan erráticamente con datos varios de psicopatología vinculados con el agresor. Un estudio llevado a cabo en hogares mexicanos los describe con carencias y frustraciones, y refiere que en ellos el alcohol es a menudo el disparador de la violencia intrafamiliar y constituye por sí mismo un factor de la misma, aunque tal afirmación sea todavía polémica. Las autoras de esa investigación aseguran que los hechos de violencia donde el responsable se hallaba sobrio rebasan por mucho el número de casos en que consumió previamente alcohol u otra droga, lo que contradice la percepción de que la violencia dentro del hogar explota bajo los efectos de alguna sustancia que desinhibe y predispone al sujeto a mayor violencia. Por el lado de las víctimas de violencia en el hogar, el índice de alcoholismo entre mujeres golpeadas es mayor que el de las mujeres que no son víctimas de violencia (16% y 1%, respectivamente) y 20% de las mujeres golpeadas padecen problemas psicológicos severos, además de daño físico.

Síndrome de la mujer maltratada

La constelación de problemas psicológicos causados por una relación de maltrato crónico se conoce como síndrome de la mujer maltratada. Este cuadro es similar al síndrome de estrés postraumático, término psiquiátrico empleado para describir las consecuencias de eventos traumáticos vividos en forma repetida por una persona, lo cual, en el caso de las mujeres maltratadas, es violencia física, sexual y psicológica.

Cuando las mujeres maltratadas presentan este síndrome manifiestan síntomas de tipo físico: dolor de cabeza tensional, dolor crónico que no se explica por causa orgánica alguna, huellas de golpes leves y severos anti-

guos y recientes, quemaduras, fracturas, abuso de alcohol o de sustancias enervantes, insomnio e indicadores de abuso sexual. Entre los síntomas psicológicos se encuentran ansiedad, depresión, agitación, miedo y conductas de aislamiento.

Las mujeres maltratadas son usuarias frecuentes de los sistemas de salud, ya que acuden a consulta por problemas derivados de la violencia y a menudo no se consigna el problema subyacente, el cual llega a tener consecuencias fatales o a poner en serio riesgo la salud de la mujer gestante.

Alrededor de 26% de todos los intentos de suicidio de mujeres estadounidenses son precedidos por violencia doméstica, lo que indica que las víctimas sufren depresión y desesperanza acentuadas. La Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia de los Estados Unidos encontró que 37% de las pacientes de tal especialidad habían sido víctimas de maltrato físico durante el embarazo. Otro estudio de ese país reporta una frecuencia de maltrato durante el embarazo de 17%, cifra inferior a la arrojada por un estudio mexicano basado en las mismas preguntas: 24%.

Como cada enfermedad crónica, la violencia intrafamiliar es un problema cada vez más frecuente y grave. En su estudio, hay todavía un aspecto que no se ha considerado suficientemente: la evaluación de la peligrosidad y el potencial homicida de los victimarios. Los expertos del sistema penitenciario exhortan a quienes trabajan con mujeres maltratadas para que adviertan a las posibles víctimas del riesgo que corren. Esta valoración de peligrosidad debe ser una medida adoptada por las mujeres para abandonar el hogar cuando hay evidencia objetiva de que el índice de la peligrosidad va en aumento: el esposo compra una pistola y decide ponerla en la mesa de noche, discute y amenaza de muerte, consume drogas en forma rutinaria y se torna cada vez más agresivo. En un trabajo titulado "If I Can't Have You, No One Can": Power and Control in Homicide of Female Partners" ("sino eres mía, no serás de nadie más": Poder y Control en el homicidio de parejas

femeninas"), se señala que 64% de las víctimas de homicidio, según un estudio de mujeres maltratadas, tenían una historia de violencia que se había agudizado y que ellas no habían sido capaces de valorar como riesgosa.

En cuanto al aspecto legal del problema, la procuración de justicia en México se topa con el mismo tipo de barreras cuando se habla de la salud y la seguridad de las mujeres: en el periodo 1989-1994, sólo en 22.5% del total de casos de homicidios intencionales de hombres llegó a dictarse sentencia condenatoria, en tanto que, cuando las víctimas eran mujeres, el porcentaje disminuyó hasta 12.8%.

Distinciones lingüísticas

Un aspecto importante de las relaciones de violencia tiene que ver con la distinción lingüística. En México, los certificados de defunción deben especificar la causa del fallecimiento, y su terminología debe modificarse, ya que con frecuencia las llamadas lesiones no intencionales son homicidios francos que el sistema médico y legal tipifica como "accidentes", y ello impide elaborar una estadística precisa del número de mujeres que son víctimas cada año por las mismas personas con las que compartieron un hogar y una familia.

La sociedad entera debe participar en el análisis de las causas y las soluciones del problema. Un buen principio de ello será difundir la magnitud del fenómeno y propiciar la aclaración lingüística y social de la grave patología y los riesgos aparejados a las relaciones violentas de pareja.

Claudia DIAZ OLAVARRIETA

Lecturas recomendadas:

Campbell, J., "If I Can't Have You, No One Can": Power and Control in Homicide of Female Partners", en J. Radford y D. Russel (eds), *Femicide. The politics of Woman Killing*, Twayne Publishers, Nueva York, 1992.

Corsi, J; *Violencia familiar*, Paidós, Buenos Aires, 1994.

Díaz Olavarría, C. y Sotelo, J., "Domestic Violence in México", en *Journal of the American Medical Association*, vol.275, núm. 24, 1996, pp.1937-1941.

Violence against Women. A priority Health Issue, World Health Organization, Ginebra, 1997.

"Universidad de México", *Insurgentes Sur*, 3744, Tlalpan, 14000 México D.F.

<http://www.unam.mx/univmex>

Publicaciones en español

El exilio filosófico en América. Los transbordados de 1939, de José Luis Abell, FCE, Madrid, 1998, 461 p. edición completamente renovada por el autor de "Filosofía española en América" (1936-1966).

Pensamiento político, Juan B. Justo, edición de Javier Franzé, Ediciones de Cultura Hispanica, AECI, Madrid, 1998, 229 p.

El tabaco que fumaba Plinio. Escenas de la traducción en España y América: relatos, leyes y reflexiones sobre los otros, Nora Catelli y Marietta Gargatagli. Ed. del Serbal, Barcelona, 1998, 446 p.

La vaca, Augusto Monterroso. Alfaguara, Madrid, 1999, 149 p.

Libros recibidos

Antes del fin, Ernesto Sabato, Seix Barral, Biblioteca breve, Barcelona, enero 1999.

Memorias y palabras. Cartas a Pere Gimferrer 1966-1997, Octavio Paz, Seix Barral, Biblioteca breve, Barcelona, abril 1999.

Fatamorgana de amor con banda de música, Hernán Rivera Letelier. (El libro fue objeto de una primera edición en Planeta Chilena en 1998).

En busca de Klingsor, Jorge Volpi, Seix Barral, Premio Biblioteca breve 1999, Barcelona. El editor reanuda con el galardón después de una larga interrupción de 17 años, con una obra maestra del autor mexicano. Recordemos que en la lista de sus antecesores destacan Mario Vargas Llosa (1962), Guillermo Cabrera Infante (1964), Carlos Fuentes (1967), y Adriano González León (1968).

Entre las novedades del otoño queremos señalar *El amor es una droga dura*, de Cristina Peri Rossi, también en Seix Barral, Biblioteca breve.

PH. D.

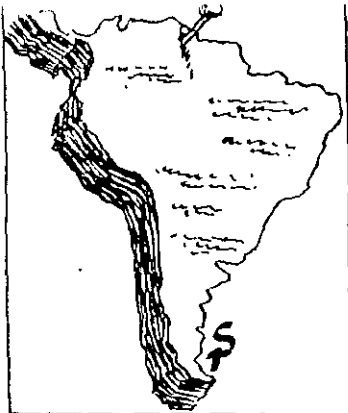


Eduardo Galeano Patras Arriba

Crise d'identité, délinquance juvénile galopante, corruption politique, crise de valeur, problèmes écologiques, sans oublier les endémies chroniques, problèmes sociaux et économiques : voilà que l'Amérique latine se met à l'unisson des problèmes de la société industrielle moderne. On pourrait parler d'une mondialisation de maux qui afflige les sociétés, avec les condiments qui leur sont propres. Dans *Patras arriba*, Eduardo Galeano nous peint un portrait détaillé, profond et féroce des problèmes de la société latino-américaine d'aujourd'hui, tout en nous faisant voyager en parallèle dans l'espace et le temps à travers citations et articles parus dans le monde sur les problématiques traitées. Galeano nous initie au défi que cette société devrait relever à l'aube du XXI^e siècle. Vous pouvez approuver ou non ses argumentations et propositions, mais au moins cet ouvrage a le mérite de situer le cadre d'un débat sérieux et profond sur l'avenir de ce continent.

Adolfo SCHARTAU

La escuela del mundo al revés
d'Eduardo Galeano. Éditions Siglo
XXI, Espagne. 1998.



B L O C - N O T E S

L'artiste paraguayen Koki Ruiz à Paris. La galerie Renoir du Latina présente une exposition consacrée à l'artiste paraguayen Koki Ruiz. Les œuvres de ce peintre autodidacte reflètent des aspects du métissage de la culture paraguayenne, particulièrement des personnages campagnards. Koki Ruiz a développé sa propre technique dans une peinture de caractère et d'un style singulier propre qui lui valut une reconnaissance internationale. Cette exposition se réalisera sous l'auspice de l'Union Latine et l'Ambassade du Paraguay en France et sera ouverte tous les jours de 14 h à 20 h.
Galerie Renoir du Latina - 20, rue du Temple (Métro Hôtel de Ville) - 75004 Paris

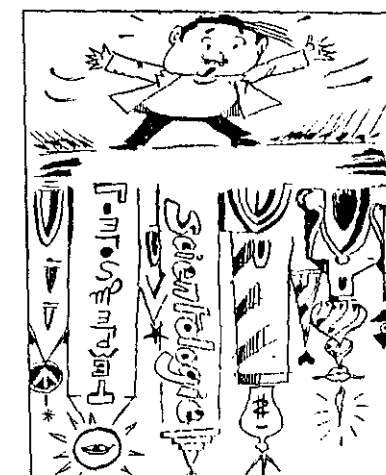
Tito Puentes : Le vendredi 10 décembre à 20 h 30, le trompettiste et chef d'orchestre cubain Ernesto Tito Puentes et ses vingt musiciens se produiront au New Morning.
New Morning, 7-9 rue des Petites Écuries, 75010 Paris.

Wilfredo Lam : du 10 au 24 janvier 2000, l'Association *Arteos* organise dans la salle des Pas Perdus de l'Unesco à Paris une exposition intitulée "*L'arbre des esprits magiques*" en hommage au peintre surréaliste cubain Wilfredo Lam.
Renseignements : 01 45 68 35 47 ou Arteos au 01 42 62 13 50.

Les molas à Clermont-Ferrand. Michel Perrin, chercheur au laboratoire d'anthropologie sociale au Collège de France et directeur de recherche au CNRS montre au Musée des Arts textiles de Clermont-Ferrand jusqu'au 20 janvier 2000 une exposition unique en Europe sur les molas.
Musée des Arts textiles, 45, rue Ballainvilliers, Clermont-Ferrand. Tél. 04 73 90 57 48.

Brésil baroque... Jusqu'au 6 février 2000, 350 œuvres provenant de plusieurs États du Brésil ainsi que de collections privées seront présentées au Petit Palais à Paris sous le titre "*Brésil baroque entre ciel et terre*".
Petit Palais, avenue Winston Churchill, 75008 Paris, tél. 01 42 65 12 73.

Tango sur Saône. La Scène sur Saône à Lyon organise le 11 décembre à partir de 22 heures, un bal animé par l'orchestre *Tango del Rio de la Plata* composé du bandonéoniste uruguayen José Luis et du chanteur argentin Manuel Amelong. A 23 heures 30, une démonstration par Maria et Rodolfo Cieri de "tango canyengue" emballera la soirée.
La Scène sur Saône, 4 Ter Quai J.J. Rousseau, Lyon-Mulatière.



ORIGINAL CONTRIBUTION

Domestic Violence Against Patients With Chronic Neurologic Disorders

Claudia Díaz-Olavarrieta, MSc; Jacquelyn Campbell, PhD; Claudia García de la Cadena, MSc; Francisco Paz, BSc; Antonio R. Villa, MD

Background: Violent behavior caused by some neurologic disorders has been widely studied. However, the inverse, violence suffered by patients with neurologic disorders, has not been reported. Brain disorders frequently produce a high frequency of social, psychological, or physical disabilities that could leave patients vulnerable to domestic violence.

Objectives: To determine the prevalence of domestic violence among female patients with chronic neurologic disorders and to identify possible diagnoses associated with the battering syndrome.

Design: Cross-sectional, self-administered, anonymous survey.

Setting: Tertiary care center for neurologic disorders in Mexico.

Patients: One thousand consecutive adult female patients with neurologic disorders, separated by medical diagnosis of functional or structural disorders.

Main Outcome Measures: A modified version of the

Abuse Assessment Screen was administered. Statistical analysis was performed using Poisson regression to estimate the prevalence ratio by univariate and multivariate analysis.

Results: Overall, 31.2% of women with chronic neurologic disorders were survivors of domestic violence. When separated according to the nature of the disease, 35.3% of patients with functional disorders and 28.1% of patients with brain structural disorders were victims of domestic violence ($P = .02$). Risk increased in relation to duration of marriage, number of children, and work outside the home.

Conclusions: One third of female patients with chronic neurologic disorders in Mexico suffer domestic violence. A higher frequency of domestic violence was endured by patients with diagnosis of functional disorders as essential epilepsy, headache, migraine, trigeminal pain, depression, or vertigo. The possibility of domestic violence should be routinely explored in patients with chronic neurologic disorders of functional origin.

Arch Neurol. 1999;56:681-685

SOME NEUROLOGIC disorders induce behavioral changes associated with impulsiveness and violence.^{1,2} Conversely, other neurologic disorders induce disabilities that might leave the patient vulnerable to violence on the part of their caregivers. Risks for domestic violence underlying an etiologic factor among women seeking medical attention have been identified in obstetric, psychiatric, ophthalmological, gastrointestinal, and general medical practices,³⁻⁶ as well as in emergency department admissions.⁷ However, to the best of our knowledge, no similar studies have been conducted in neurologic settings.

Reports on the causality of domestic violence indicate that physical, psychological, and sexual abuse take place in the

context of power imbalance and sex.⁸ Chronic neurologic diseases produce

*For editorial comment
see page 659*

high rates of disability, because the patients are affected in their cognitive, motor, or social functioning; this circumstance places them in a vulnerable position for abuse, as they are frequently dependent on their spouses, caregivers, and relatives for daily activities. There is also the possibility of domestic violence as the origin of neurologic complaints. In a population-based US study, 38% of abused women said they did not seek medical care in the past year when they needed it, compared with 12% of non-

From the Laboratory of Experimental Psychology, Research Division, National Institute of Neurology and Neurosurgery of Mexico (Drs Díaz-Olavarrieta and García de la Cadena and Mr Paz), and the Clinical Epidemiology Unit, National Institute of Nutrition of Mexico (Dr Villa), Mexico City; and the School of Nursing, Johns Hopkins University, Baltimore, Md (Dr Campbell).

PATIENTS AND METHODS

We administered a modified version of the Abuse Assessment Screen (AAS)¹¹ to 1106 consecutive adult female patients attending the outpatient clinics of the National Institute of Neurology and Neurosurgery of Mexico, Mexico City, the largest reference center for patients with neurologic disorders in the country. Of the original sample, 106 patients (9.6%) were excluded, 39 because dementia-related symptoms limited their understanding of the questions, 25 because the patient's husband or an accompanying relative participated in answering the AAS, and 42 because they left crucial questions unanswered. Thus, 1000 patients were included in our study. Although some patients had mixed symptoms, each patient was included with a single diagnosis. When the patient checked in for medical appointment, the team of researchers explained the nature of the questionnaire, with particular emphasis that this was confidential information and that no consequences would follow if she refused to participate. A consent form was then signed. The patient was taken to a silent area where she could answer the AAS. No time limit was set, as participants had ample time to complete the AAS before being called for their consultation. A member of the team was close by for explanations. As shown in the **Figure**, the AAS had a brief preface stating that violence is a common occurrence in our daily lives. This statement proved very useful, since participants were willing to discuss an experience that is familiar to large segments of society. Women approached the researchers when in doubt and completed the questionnaire. None refused to participate.

The AAS included demographic data on age, schooling, marital status, duration of marriage, number of children, occupation, family income, place of residence, and reasons for medical consultation. Race was not a variable, as all our sample consisted of Mexican mestizos. Our institution serves patients mostly from middle and lower socioeconomic strata.

A preliminary pilot study with the original AAS was performed to validate the instrument and to estimate sample size. To assess content validity, the questions were revised. Two questions were added, and in 2 others, the time frame was changed. Although violence in general is known to urban dwellers, the term "domestic violence" remains ill defined. The first 3 questions of the AAS remained unchanged, as they have proven to be the most sensitive.¹¹

The pilot study indicated that women were confused in regard to the frequency of abuse, giving vague answers such as often, never, or sometimes; therefore, after each question, numbers of times were given as choices. When asked if they had been victims of physical abuse, some women gave a negative answer, but when the question was more specific, requiring that they select slapping, kicking, or hitting, their answer was yes, thereby illustrating that although they

were victims of domestic violence, the label was foreign to them. We excluded the body map, as the areas were not clearly marked or the question was ignored.

In the question of abuse during pregnancy, the time frame was changed from a current pregnancy to any pregnancy. In the question of forced sexual intercourse, some participants in the pilot study stated that they had been forced the last year and throughout their lives. For this reason, the time frame was modified.

Given that loss of consciousness is a frequent phenomenon in neurologic syndromes, we added a question on whether the patient had experienced it as a result of abuse. Domestic violence is slowly emerging as a health priority in Mexico.¹² Help-seeking behavior is an index of the severity of the abuse, as traditionally most forms of moderate abuse are usually kept within the confines of the family. Thus, an additional question was whether the respondent had sought medical attention because of the abuse. The extended family is common in Mexico; for this reason we included fathers as possible perpetrators of violence against single and married women.

To summarize the categories and to probe them as main-effect variables, neurologic disease was coded into 1 of the following 2 groups: functional disorders, such as essential epilepsy, headache, migraine, trigeminal pain, sleep disturbances, and vertigo, and structural disorders, such as brain neoplasms (ie, hypophyseal adenoma, hemangioma, lymphoma, meningioma, and schwannoma), hydrocephalus, infections (ie, cysticercosis and meningitis), immune-mediated diseases (ie, Guillain-Barré syndrome and multiple sclerosis), accidental head trauma, and degenerative diseases (ie, ataxia, Parkinson disease, dyskinnesia, and cerebrovascular disease).

Mean $\pm$ SD was used to describe the data distribution for continuous variables. Comparison between such means was made using the *t* test for independent variables. In the categorical variables analysis, we compared the prevalence of current vs past abuse and of some lifetime vs no abuse for each of the independent variables. When appropriate, significance of these differences was estimated using the χ^2 statistic with Yates correction or 2-tailed Fisher exact test. Marital status, job, education, duration of marriage, and number of children were factorized to conform dummy variables. The chosen measure of association was prevalence ratio (PR). Therefore, we performed a Poisson regression to estimate by univariate and multivariate analysis. The crude and adjusted PRs, 95% confidence intervals (CIs), and *P* values are reported. Alpha value was set at .05. Poisson regression was selected over logistic regression to be consistent with the type of association measures derived from the descriptive analysis. Prevalence was the calculated frequency measure. We designed models for some lifetime abuse and violence within the last year that included demographic variables and type of disorder (functional and structural).

abused women.⁹ The former group may well have had long-term health problems such as chronic headache, frequently described by battered women.¹⁰ We conducted a cross-sectional study aimed to investigate the prevalence of domestic violence against patients with chronic neurologic disorders and to identify risk factors.

RESULTS

Mean age for the sample of 1000 patients was 39 ± 16 years (age range, 14-84 years). Marital status was single for 410 women, divorced or separated for 64, widowed for 63, and

Given that violence is so common in our lives, we hear about thefts, injuries, kidnapping, and deaths. Women are not excluded from all of these dangers, which sometimes take place within the home. On a routine basis, we are asking female patients of this hospital about this problem, which sometimes can go unnoticed.

The questions you are about to answer are anonymous and strictly confidential. Your answers will help us improve women's health in Mexico. If you require more information on this subject or help with the questions, please ask the researcher or call _____.

1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you?						Yes	No
						Emotionally	Physically
If yes, by whom? (circle all that apply)							
	Husband	Ex-husband	Boyfriend	Father	Stranger	More than 1	
Type of abuse:	Hitting	Slapping	Kicking	Strangling	Other		
No. of times:	1-5	6-10	11-15	>15			
2. Within the last year, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone?							
						Yes	No
						Emotionally	Physically
If yes, by whom? (circle all that apply)							
	Husband	Ex-husband	Boyfriend	Father	Stranger	More than 1	
Type of abuse:	Hitting	Slapping	Kicking	Strangling	Other		
No. of times:	1-5	6-10	11-15	>15			
3. Have you ever sought medical attention due to the injuries produced by the abuse (went to an emergency department, hospital, clinic, or the Red Cross)?							
						Yes	No
4. Did you lose consciousness as a result of the abuse?							
						Yes	No
5. When you have been pregnant, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise hurt by someone?							
						Yes	No
If yes, by whom? (circle all that apply)							
	Husband	Ex-husband	Boyfriend	Father	Stranger	More than 1	
Type of abuse:	Hitting	Slapping	Kicking	Strangling	Other		
No. of times:	1-5	6-10	11-15	>15			
6. Have you ever been forced to have sexual intercourse?							
						Yes	No
If yes, by whom? (circle all that apply)							
	Husband	Ex-husband	Boyfriend	Father	Stranger	More than 1	
Type of abuse:	Hitting	Slapping	Kicking	Strangling	Other		
No. of times:	1-5	6-10	11-15	>15			
7. Are you afraid of your partner or anyone listed above?							
						Yes	No
If yes, whom? (circle all that apply)							
	Husband	Ex-husband	Boyfriend	Father	Stranger	More than 1	

Study version of the Abuse Assessment Screen, modified from the original of McFarlane et al.¹¹

legally married or living in a common-law marriage (hereafter referred to as married) for 462. One woman did not report marital status. Mean duration of marriage was 20 ± 13 years (range, 1-57 years). Mean number of children was 2 ± 3 (range, 1-18). Mean duration of schooling was 9 ± 5 years, divided as follows: 350 had completed 1 to 6 years; 211, 7 to 9 years; 214, 10 to 14 years; 171, 15 to 20 years; and 47 had no formal schooling but could read and write. Seven women did not answer the question. Occupations were distributed as follows: 631 were homemakers; 238 worked outside the home; 106 were students; and 25 did not mention occupation. The grouping according to the neurologic diagnosis was functional disorder in 450 patients and brain structural disorder in 544 (this information was missing for 6 patients).

Three hundred twelve women reported having been abused at some time during their lives. Demographic characteristics of this subgroup were as follows: mean age, 40 ± 14 years (age range, 16-81 years); mean duration of schooling, 9 ± 5 years (range, 1-19 years); single, di-

vorced, separated, or widowed, 150 (48.1%); and married, 162 (51.9%). For the latter group, the mean duration of marriage was 20 ± 13 years. Mean number of children was 4 ± 3 ; main occupation was homemaking in 197 (63.1%). One hundred fifty-nine patients (35.3% of the original 450 patients) had a neurologic diagnosis of a functional disorder; 153 patients (28.1% of the original 544 patients) had a brain structural disorder. Comparison between these figures was significant ($P = .02$). The type of abuse was physical in 124 women (39.7%), psychological in 95 (30.4%), both in 83 (26.6%), and not specified in 10 (3.2%). The husband was the main perpetrator in 115 women (36.8%), whereas 58 women (18.6%) had been abused by more than 1 person; 52 (16.7%) by a close relative; 51 (16.3%) by an ex-husband, boyfriend, or other; and 31 (9.9%) by a stranger. Five women (1.6%) did not state the perpetrator. The frequency of abuse was 1 to 5 times per year in 139 women (44.6%), 6 to 10 times in 33 (10.6%), 11 to 15 times in 15 (4.8%), and more than 15 times in 109 (34.9%). Six-

Prevalence of Abuse*

Variable	Model 1		Model 2		Model 3	
	PR (95% CI)	P	PR (95% CI)	P	PR (95% CI)	P
Neurologic disorder						
Structural	1.00		1.00			
Functional	1.33 (1.06-1.66)	.01	1.28 (1.03-1.60)	.03	1.26 (1.00-1.59)	.05
No. of children						
None	1.00					
1-3	1.62 (1.21-2.19)	.001				
4-8	1.88 (1.34-2.63)	<.001				
Occupation						
Homemaker	1.00					
Worker outside home	1.85 (1.10-3.10)	<.01				
Marital status						
Single or divorced			1.00			
Separated or widowed						
Legally married or common-law marriage			1.24 (1.10-1.41)	<.001		
No. of years of marriage						
None					1.00	
1-14					1.48 (1.09-1.99)	.01
15-30					1.51 (1.12-2.03)	.008
31-57					1.55 (1.07-2.24)	.02

*PR indicates prevalence ratio; CI, confidence interval; and ellipses, that the variable did not enter the regression model. Models are described in the "Results" section. Estimated risks for having been abused during lifetime were calculated using Poisson regression analysis.

teen women (5.1%) did not state frequency. The type of abuse was hitting in 74 women (23.7%), verbal in 59 (18.9%), physical and psychological in 49 (15.7%), and slapping, kicking, and strangling in 40 (12.8%). Ninety women (28.8%) did not state the nature of the abuse. Medical attention due to the abuse had been sought by 37 women (11.8%); 28 (9.0%) had lost consciousness as a result of abuse. Abuse during pregnancy was reported by 72 women (23.1%); 111 (35.6%) were forced to have sexual intercourse sometime in their lives. Of the patients who reported abuse, 83 (26.7%) were afraid of their situation. Of these, 29 were afraid of their husband; 15, of a stranger; 12, of their ex-husband; and 27, of their boyfriend or father. The prevalence of domestic violence according to the diagnosis of functional disorder was similar among patients ($P = .57$).

For the group of 312 women who reported having been abused, the prevalence of reported abuse within the previous year was 17.9%. Among these 56 women, the husband was the perpetrator in 26 (46.4%); the ex-husband, in 6 (10.7%); the father, in 8 (14.3%); the boyfriend, the mother, a brother, or a stranger, in 9 (16.1%); and more than 1 person, in 6 (10.7%). One woman (1.8%) did not explain. The frequency of abuse during the previous year was 1 to 5 times in 27 women (48.2%), 6 to 10 times in 8 (14.3%), and more than 15 times in 15 (26.8%). Six women (10.7%) did not explain. The type of abuse was hitting in 17 women (30.4%), kicking in 2 (3.6%), slapping and other types of physical abuse in 20 (35.7%), and more than 1 type in 13 (23.2%). Four women (7.1%) did not explain.

Univariate Poisson regression analysis revealed an increase of 0.9% per each year of marriage in the risk for having been abused sometime in the lives of these women ($P = .02$). Number of children was associated with a risk of 6.8% per each child ($P = .001$). Being married was associated with a higher risk vs being single, separated, di-

vorced, or widowed ($PR = 1.25$; $P = .05$); occupation of homemaker, vs that of student ($PR = 1.74$; $P = .02$); occupation of worker, vs that of student ($PR = 2.13$; $P = .003$); and having a functional disorder, vs having a structural disorder ($PR = 1.26$; $P = .04$). In patients with functional disorders, the risk associated with the probability of having been abused in the past year, expressed through crude PRs, was 1.61-fold. Increments in the risk depended on an older age, a longer marriage, and more children. In a similar way, married women had a 1.8-fold higher probability of being abused compared with single, separated, divorced, or widowed women.

Multivariate Poisson regression analysis defined 3 statistically significant models. Each included patients with diagnosis of a functional disorder. These women had 26% to 33% higher risk for suffering violence at some point in their lives. The risk for being abused increased according to the following variables: functional vs structural disorders ($PR = 1.33$; 95% CI, 1.06-1.66; $P = .01$); 1 to 3 vs no children ($PR = 1.62$; 95% CI, 1.21-2.19; $P = .001$); 4 to 18 vs no children ($PR = 1.88$; 95% CI, 1.34-2.63; $P < .001$); and homemaker vs worker outside the home ($PR = 1.85$; 95% CI, 1.10-3.10; $P = .02$). In the second model, the risk for being abused increased with the following variables: diagnosis of functional vs structural disorder ($PR = 1.28$; 95% CI, 1.03-1.60; $P = .03$) and married vs single, divorced, separated, or widowed ($PR = 1.24$; 95% CI, 1.10-1.41; $P < .001$). In the third model, the risk for being abused increased with the following variables: diagnosis of functional vs structural disorder ($PR = 1.26$; 95% CI, 1.00-1.59; $P = .05$); married for 1 to 14 years vs not married ($PR = 1.48$; 95% CI, 1.09-1.99; $P = .01$); married for 15 to 30 years vs not married ($PR = 1.51$; 95% CI, 1.12-2.03; $P = .008$); and married for 31 to 57 years vs not married ($PR = 1.55$; 95% CI, 1.07-2.24; $P = .02$) (**Table**).

In a similar analysis for the variable of violence within the past year, we obtained 1 model showing a 1.68-fold higher risk for abuse if women had the diagnosis of functional vs structural disorders (PR = 1.68; 95% CI, 0.99-2.85; $P = .06$). The risk increased 2.58-fold if the woman had from 1 to 3 vs no children (PR = 2.58; 95% CI, 1.34-4.96; $P = .005$) and 2.06-fold if she had from 4 to 18 vs no children (PR = 2.06; 95% CI, 0.97-4.39; $P = .06$).

COMMENT

Female patients attending the Institute of Neurology and Neurosurgery of Mexico had a prevalence of domestic violence of 31.2%, similar to that reported for the general population in Mexico.¹² This figure further stresses the need for routine screening for domestic violence in all health care settings. More important, however, was the finding that patients with neurologic diagnosis of functional disorders reported a higher rate (35.3%) of domestic violence, compared with the rate of domestic violence against patients with brain structural disorders (28.1%). Our results suggest that, contrary to our initial hypothesis, the neurologic complaints more likely associated with domestic violence are not those that produce physical disability secondary to a structural brain disorder. A neurologically handicapped woman seems to be at lower risk for violence, perhaps because her evident physical vulnerability may act as a deterrent for violence, although this finding may be in contrast to the figures reported for abuse during pregnancy.¹¹ These results vary from those of other studies, where chronically ill patients are more vulnerable to violence; an important difference might be the type of questionnaire used and the fact that we excluded demented patients as well as those unable to answer the self-administered instrument. These patients with structural brain disorders may in fact be at high risk for abuse. A notable proportion of abused women (9.0%) reported having lost consciousness because of the abuse; this figure shows the severity of violent acts that may even play an etiologic role in the neurologic disorder, although the type of epidemiological study chosen did not allow us to draw causal inferences. Frequently, battered women do not seek medical care for the direct effects of the abuse,⁹ and they may not relate these effects to the symptoms that they experience, sometimes long after the actual abusive incident.

Our study addressed specifically the presence of domestic violence in patients with neurologic disorders; however, other reports have also linked headache, anxiety, and depression with domestic violence,^{4,13-16} supporting the idea that many symptoms of nervous dysfunction are caused or worsened by violence inside the home.

The multivariate analysis demonstrated an increased risk for abuse against patients with neurologic disorders sometime in their lives if they were older, if they had been in the relationship for a long time, or if they had many children. These demographic risk factors show that many neurologic complaints could be the result of chronic abuse and may take a long time to become clinically noticeable. The risk for abuse during the previous year increased if the woman worked outside the home,

suggesting that as the male-female roles begin to change in Mexico (ie, more women working outside the home), there may be more stress or conflict related to changing roles, which makes abuse more probable.¹⁷

Our results indicate the importance of screening for past and present circumstances of domestic violence during medical consultation. For women with functional neurologic problems, this screening seems to be of paramount value. If the abuse is ongoing, treatment is needed for the neurologic complaint and the underlying violence. If the abuse has already ended, the antecedent is still important for investigation of its possible etiologic role and for integral treatment of the neurologic disorder.

Accepted for publication August 3, 1998.

This work was partly supported by Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Mexico City, Mexico, (CONACYT 0001P-M9505). Dr Villa is a recipient of the Antonio Carrillo Flores-endowed nominal chair.

We thank Julio Sotelo, MD, for invaluable editorial comments and Silvia Castillo for technical assistance.

Reprints: Claudia Díaz-Olavarrieta, MSc, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Insurgentes Sur 3877, 14269 Mexico City, Mexico (e-mail: claudido@fournier.facmed.unam.mx).

REFERENCES

1. Elliot FA. Violence: the neurologic contribution: an overview. *Arch Neurol*. 1992; 49:595-603.
2. Pincus JH. Neurologist's role in understanding violence. *Arch Neurol*. 1993;50: 867-869.
3. Campbell JC. Addressing battering during pregnancy: reducing low birth weight and ongoing abuse. *Semin Perinatol*. 1995;19:301-306.
4. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*. 1995;123:737-746.
5. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, et al. Sexual and physical abuse in women and functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med*. 1990;113: 828-833.
6. Hilberman CE, Perri Rieker P, Mills T. Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 1984;141:378-383.
7. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA*. 1995;273:1763-1767.
8. Gelles R, Loseke D. *Current Controversies on Family Violence*. Newbury Park, Calif: Sage Publications Inc; 1993:31-46.
9. Plichta SB. Violence, health and use of health services. In: Falik M, Collins K, eds. *Women's Health and Care-Seeking Behavior*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1997:237-272.
10. Goldberg WG, Tomlanovich MC. Domestic violence victims in the emergency department: new findings. *JAMA*. 1984;251:3259-3264.
11. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Butlok L. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992;267:3176-3178.
12. Díaz-Olavarrieta C, Sotelo J. Domestic violence in Mexico. *JAMA*. 1996;275: 1937-1941.
13. Saunders DG, Hamberg LK, Hovey M. Indicators of woman abuse based on a chart review at a family practice center. *Arch Fam Med*. 1993;2:537-543.
14. Gleason WJ. Mental disorders in battered women: an empirical study. *Violence Victims*. 1993;8:53-68.
15. Ratner PA. The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Can J Public Health*. 1993;84:246-249.
16. Campbell JC, Kub J, Belknap RA, Templin T. Predictors of depression in battered women. *Violence Against Women*. 1997;3:271-293.
17. Counts D, Brown J, Campbell JC. *Sanctions and Sanctuary: Cultural Analysis of the Beating of Wives*. Boulder, Colo: Westview Press; 1992:229-246.

Letter From Mexico City

Domestic Violence in Mexico

Claudia Díaz Olavarrieta, MSc; Julio Sotelo, MD

THE MOST heavily populated city in the world, Mexico City, has only 1 shelter for battered women located in a working-class suburb distant from the metropolitan area. A converted house serves as the shelter with limited occupancy for 3 women. To be admitted to the shelter, a woman must show evidence that she is in the process of filing a legal claim against her partner.

In Mexico, violence against women in their homes has remained, in most cases, out of the mainstream concerns of the medical profession, with relatively few publications on the subject in the medical literature. Change takes time. Almost 50 years ago, the phenomenon of violence in the home was rarely discussed as a medical problem anywhere in the world. Within the last 30 years, medical attention has increased, at first focusing on child abuse.¹ Domestic violence has been underreported as a consequence of what has been described as the physicians' reticence to open Pandora's box and confront problems beyond medical expertise.²⁻⁴ A health system operating in close collaboration with government institutions, a supportive judicial system, shelters, and self-help organizations for battered women improves the likelihood of detection and referral of women who need assistance.

See also pp 1903 and 1915.

Violence is part of the lives of many women in urban as well as rural Mexico (Figure). The statistics on the diversity of problems brought by survivors of domestic violence seeking attention in medical settings, although fragmentary, have shown similar features as those from reports from other nations.⁵⁻⁷ In Mexico, the home is the most dangerous place for women and children; men are more at risk outside the home.⁸

EPIDEMIOLOGY OF DOMESTIC VIOLENCE IN MEXICO

Ramirez and Vazquez⁹ conducted a cross-sectional study on the epidemiology of violence within the home against women and girls older than 12 years in the state of Jalisco. Among the findings, 44% of 1163 rural women and girls and 57% of 1228 urban women and girls reported being physically abused in their homes. They reported that the abuse was inflicted by husbands in 60% of cases and by parents in 40%. Among the demographic variables examined, low levels of education and families with 7 or more children were associated with domestic violence.⁹

In 1995, the attorney general's office in Mexico City reviewed the registers of the family courts and randomly selected 837 women who were not employed outside the home from the 16 suburbs of the city (mean age, 26 years). Of these

837 women, 61% (502) reported being physically abused at least once by their husbands or partners.¹⁰ Of these 502 battered women, 65 (13%) were not willing to complete a legal claim. For 442 (88%) of the cases, alcohol intake was associated.¹¹ In Tijuana, Baja California Norte (population, 747 381), 2 cases of domestic violence were reported daily in 1994. In San Cristobal de las Casas, Chiapas (population, 89 335), 100 cases of domestic violence were reported in 1994.¹²

In 1987, the Research Center for the Fight Against Domestic Violence was founded in Ciudad Nezahualcoyotl, a heavily populated shantytown in urban Mexico City with a population close to 2 million. In 1990, the research center sponsored a survey of domestic abuse in the town. Social workers from the Maravillas Health Center interviewed 342 women, randomly selected from a sample of women living in households in the town. The survey included demographic data, type of abuse reported (verbal, physical, psychological, or sexual), effects of the abuse (physical, psychological, and work-related), and problem-solving strategies. Thirty percent (102) of the women reported being forced to have sexual intercourse with their partners. Overall, 113 (33%) of the women reported surviving attacks of domestic violence. Of these, 86 had been abused by their spouses, 48 had been verbally abused, 26 physically abused, and 13 sexually abused. Of the 26 women who reported physical abuse, 7 stated that the attacks included a weapon (eg, guns, sticks, canes, and knives). Ten women reported that the abuse had caused physical injuries, although the extent and severity were not detailed. Five women said they had been abused during pregnancy, which is similar to the figure reported by the American College of Obstetricians and Gynecologists (17%).¹³ Fifty percent of the 113 survivors of abuse reported that the abuse had taken place in the presence of other people (children, relatives, or neighbors). Only 6 women had reported an episode of domestic violence to the authorities and only 3 had initiated legal action.¹⁴⁻¹⁶

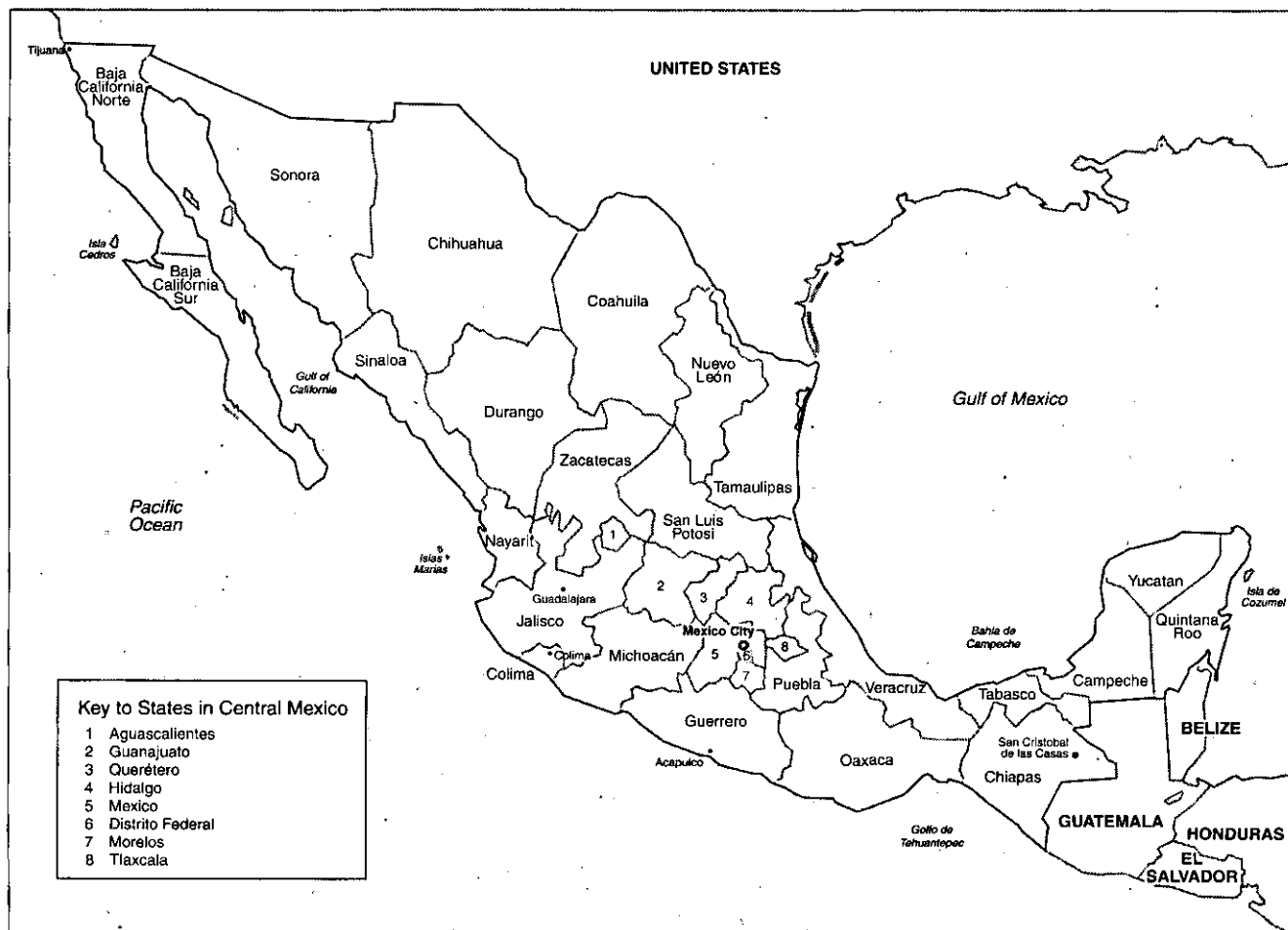
Surveys from other Latin American countries have disclosed similar results.¹⁷

CULTURE AS A BARRIER FOR BATTERED WOMEN

In a study of Anglo-American women and Mexican-American women attending shelters in the United States, the severity and type of assault did not differ between them; however, their concept of what constituted domestic violence differed.¹⁸ Anglo-American women perceived more types of behavior as being abusive and exhibited a less tolerant attitude toward abuse by their husbands than did Mexican-American women. Women are more likely to accept certain levels of abuse as normal when immersed in cultures that grant men the implicit right to control and censure their behavior. Heise et al¹⁶ and Campbell¹⁹ describe the concept of the "moving target" or perceptual change, whereby a woman begins to recognize certain behaviors as abusive only when she is subjected to an analysis of the situation and is able to recognize that she is entitled to a life free of violence.

Edited by Annette Flanagan, RN, MA, Associate Senior Editor.
From the Research Division, National Institute of Neurology and Neurosurgery of Mexico, Mexico City, Mexico.

Reprints: Claudia Díaz Olavarrieta, MSc, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Laboratory of Experimental Psychology, Insurgentes Sur 3877, 14269 Mexico City, Mexico.



Cities and states in Mexico.

Domestic Violence in Rural Mexico

Stereotypes are a simplistic way of understanding cultures, and the image of the Mexican macho/machismo is a commonly recognized and accepted stereotype. This stereotype has been reinforced by some ill-considered beliefs about wife battering that seem culturally determined, such as the instances in which domestic violence is not necessarily a hidden and shameful act. For example, acts of domestic violence may be boasted about among Mexican men as signs of prowess, with statements such as, "If I don't hit her, she'll think I don't love her"—a common statement that may appear outlandish to outside observers.

Violence is a common life experience of many of the underprivileged of Mexico. Research has shown how low socioeconomic status participates in the genesis and manifestations of this phenomenon with a marked preference for more physical forms of violence. For example, Lara²⁰ described the lives of poor women in Mexico, characterized by inadequate housing, insufficient services such as education and transportation, low-paying jobs, crime, sexual abuse against the young, and living conditions that make women more vulnerable to abuse.

In rural sectors of Mexico, a tradition of violence against the vulnerable has existed for centuries, first at the hands of the conquistadores and later at the hands of the landowners. For example, in excerpts of a Jalisco prison record dating from

1895, a woman accused of abandoning her abusive husband writes: "Good-bye, I wish to God you marry again so that you can beat your wife and she will leave you as I have done."²¹

Anthropological and historical studies of rural communities in Mexico have been the focus of interest for many years. An anthropologist's description²² of husbands and wives in a Mexican village in 1949 mentions how wife beating was a common occurrence, especially in instances when the woman questioned her traditional role and engaged in activities that kept her away from the home, a state of affairs not welcomed by rural men then and now.

Consulting the registers of the local jail in a town in central Mexico between 1880 and 1910, González²³ studied the historical roots of violence against peasant women in Mexico, comparing their status with that of contemporary rural women.

Several records from the registers described women who were severely beaten when they failed to serve meals in a quick and expeditious manner or young female servants who were raped by the heads of their households. The same results tend to be reproduced today, only with slight variations. Some reports²⁴⁻²⁶ have disclosed alarming figures, although the lack of adequate scientific research in the area of domestic violence makes actual prevalence difficult to determine. As with violence in other social groups, rural women are battered as a corrective measure geared toward imposing male authority

and to discourage behaviors that question the tenet that women are possessions and are, therefore, subject to disciplinary measures in the form of physical force.

To this day, violence against women in rural areas mimics the pattern of power and domination exhibited by peasant men at the turn of the century. One hundred years ago, almost no options were open to women who wanted to escape violent relationships. A recent study found a similar environment for survivors of domestic violence in some contemporary rural areas.²⁷ A commonly held belief in some rural areas is that marriage lasts forever, so that when men die, "women will follow them to continue serving them in heaven."²⁸ Additional cultural factors to consider are that rural women tend to marry or live in a common law marriage at an earlier age than women in the city, and their childbearing years start soon after menarche. The existence of economic dependence and the common practice of the newlywed woman moving in to live with her in-laws, thus curtailing her own independence within the household, increase the stress of newly married couples. Nevertheless, young rural women survivors of domestic violence have begun to challenge the concept that the marital bond is insoluble.

Domestic Violence Among Mexican Immigrants to the United States

Women residing outside their own countries must manage their daily routines while simultaneously adjusting to a different culture. Mexican women living in the United States as illegal aliens face additional problems. They seldom speak English (which produces a climate of social isolation), they lack the necessary education to hold well-paying jobs, and their legal status makes fear of deportation a deterrent against reporting episodes of domestic violence, or seeking help. Thus, the statistics on abuse among illegal immigrants are incomplete because of underreporting.

Approximately 8 million Mexicans have immigrated to the United States, and many of them live in California and Texas. These states have had to accommodate this new demographic reality in their budgets, and a growing number of shelters for battered women now service the immigrant population. Some service centers offer hot lines in various languages, and their trained counselors speak fluent Spanish. The children of battered women are given English classes or are enrolled in school. The women are also offered legal counseling, especially in immigration matters. These centers aim to reduce the cultural gap for women seeking help by empowering them and translating a *modus operandi* that is culturally foreign to them.²⁹

JUDICIAL OBSTACLES FOR BATTERED WOMEN

In Mexico, an impediment for understanding the actual prevalence of domestic violence is the amount of legal problems involved, which is an important cause of underreporting.⁸ The bureaucratic procedures that must be completed before filing a claim for domestic violence are such that many women prefer to let the incident go unreported to the authorities. One report estimates that 80% of instances of domestic violence are not registered because in many cases the judicial authorities consider that episodes of domestic violence constitute a private (not a public) matter, an attitude that should change once the law concerning domestic violence is modified.³⁰

The current penal law in Mexico requires a woman presenting a claim of domestic violence to show evidence of

motive, even when physical bruises are obvious. In addition, a witness has to accompany the woman to attest that her bruises are in fact the result of domestic violence.

In 1974, the following addendum was made to Article 4 of the Mexican Constitution: "Men and women are equal before the law." However, the addendum has done little for battered women during the last 20 years. Domestic violence is not addressed in the penal code,³⁰ and sanctions for violence are based on the severity of the wound as measured in time to heal. For wounds that take less than 2 weeks to heal, there is no serious sanction against the aggressor. For wounds that take more than 2 weeks to heal, the sanctions stated in the penal code are lenient and include mostly fines that are determined on the basis of the perpetrator's salary. The severity of the wounds required by the judicial system and the time restrictions for healing deter legal claims of domestic violence.

The legal barriers to reporting domestic violence been challenged during the last 15 years by academics, justice ministers, and activists who have tried to educate legislators about the social and health consequences of domestic violence. Reform groups are working to overturn shortcomings in the law that limit and trivialize the application of sanctions to offenders. Similar efforts have already proven successful in other Latin American cultures. For example, Puerto Rico has 27 laws against domestic violence—battering is punishable with prison sentences of 12 to 18 months in prison, assault is punishable with sentences of 3 to 5 years, and spousal sexual abuse is punishable with sentences of 15 to 50 years.³¹ In Peru,³² 16 laws make the government the responsible agent to secure a woman's safety, with the option for the judge to declare a marital separation in instances of wife battering. Chile has 8 laws that mandate a batterer to attend up to 6 months of psychological counseling and payment of a fine equalling 10 days of wages. Chilean judges may also dictate restraining orders to secure a woman's safety.³³

The next session of the Congress in Mexico City (September 1996) will debate 2 proposals submitted to create a law to penalize domestic violence in instances of physical, psychological, and sexual abuse. Extreme neglect will also be included. Legislators are optimistic because in the beginning of 1995 Mexico signed the *Interamerican Convention to Prevent, Sanction and Eradicate Violence Against Women*.³⁴

Change will not come solely from modifications to the law or with stricter sanctions against aggressors. Educational programs aimed at prevention of the problem and effective solutions for the abused are also needed. The current system tends to be excessively lenient with the aggressor, provides the abused few legal options, and is biased in favor of male perpetrators. For example, Azaola-Garrido³⁵ reports that women convicted of homicide in Mexico receive on average a 30% longer sentence than men (mean of 8 vs 6 years in jail). Men who have killed a relative receive a mean of 18.6 years in prison whereas women who have killed a relative receive a mean sentence of 23 years.

A retrospective review³⁵ of records of 450 prisoners convicted of homicide (400 men and 50 women) from a prison in Mexico City showed that 308 men (77%) had killed in street fights or assaults and 32 (8%) were convicted for killing a relative. Thirty-eight women (76%) were convicted of killing a relative. Of the 32 men who killed a relative, 16 had killed their spouse or partner. Of the women who killed a relative, 26 had killed their children or stepchildren, 11 their partner

or spouse, and 1 her mother. Thirty-five of the convicted women reported being survivors of family violence (sexual assault, verbal and physical abuse, and childhood abandonment). Thirty-three women reported being abused by their partners, and 30 reported suffering physical abuse, torture, and verbal insults at the hands of the police either when arrested or when they had previously gone to the police to report attacks from their spouses.³⁶ The mean age of these women was 26 years at the time of imprisonment and 16 years when they left their parents' home. Yet these factors are seldom considered by the judge when dictating the prison term. The disparity in prison terms between men and women has its roots in the legal system, as domestic violence is not defined in the penal code as a serious offense and cannot be considered as an extenuating circumstance in the homicide of a perpetrator of domestic violence.

From the legal records of injuries and assaults suffered by women, a disturbing finding is the number of deaths of Mexican women defined as "injuries for which it is not determined whether accidentally or purposefully inflicted." Recent national mortality data for men and women show that 47 823 deaths were reported as "not determined whether accidentally or purposefully inflicted" during the years 1979 through 1992 (ie, 10 deaths per day). Researchers in the field point to significant inconsistencies in the national classification and coding systems as an additional problem (M. Hajar, PhD, oral communication, April 1996).

According to a newspaper report,³⁷ the records of the district attorney's office of Mexico City show that between 1989 and 1994, the number of jail sentences for those who caused "intentional" deaths was 22.5% for homicides involving male victims and 12.8% for homicides involving female victims. This means that 77% of male homicides and 87% of female homicides were left unpunished. Both these figures are unsatisfactory, but again they are worse for women.³⁸

From 1989 through 1994, hospitals and clinics in Mexico City reported attending a yearly average of approximately 28 000 people suffering intentional injuries, 21 000 men (76%) and 6700 women (24%). A total of 5200 (78%) of the women had been injured by their spouse or by a male member of the family, 1850 (28%) filed charges, and 102 sentences (1.5%) were passed.³⁷

SERVICES FOR SURVIVORS OF DOMESTIC VIOLENCE

Family violence affects all groups in society, but certain sociocultural aspects such as level of education and economic status may have a greater impact on the way in which violence manifests itself in cultures that are more permissive than others with regard to tolerance for the mistreatment of the vulnerable.³⁸ Mexico is no exception, and domestic violence must compete for attention with other difficult-to-manage public health problems such as alcoholism, malnutrition, and infectious diseases.

In Mexico, aside from grassroots organizations, a few scattered government institutions have recently been created in the capital city and in some states to include domestic violence in their list of social and health problems demanding attention.³⁹ In 1979, a nongovernmental organization was created to help survivors of rape. In 1984, the organization's scope was broadened and the Orientation Center for Domestic Violence was created. In 1995, the center reported 500 annual cases of domestic violence against women—40% included reports of sexual violence, 76% battering, and 99% psychological abuse.

Of the women who sought help following sexual assault, 15% became pregnant by the aggressor.^{40,41} Administrators at the center report that in cases of emergency, women are referred for temporary shelter to institutions like the Salvation Army or convents and religious organizations that are and have been actively involved for centuries in the care of survivors of violence. Recently, a shelter for pregnant teenagers run by a Roman Catholic priest was opened in Ciudad Nezahualcóyotl in the suburban area of Mexico City. The shelter also provides care for battered women.

In 1990, the attorney general's office created the Center for the Attention of Domestic Violence in Mexico City. Earlier, the state of Colima founded the "Procuraduría de Asuntos de la Mujer" (Attorney's Office for Women's Affairs) when a woman governor was in office. These centers report an increasing willingness of the population to denounce domestic violence, an aspect that has made the numbers of reported cases increase. The Center for the Attention of Domestic Violence receives an average of 1500 monthly reports of family violence, of which 90% come from women and 10% come from men reporting instances of domestic violence (usually child neglect and abuse). This center, unique in the country, offers a multidisciplinary approach with a staff of 50, including psychologists, physicians, social workers, and lawyers attending approximately 100 new cases daily. Some women seek legal counseling when considering divorce, to help obtain alimony payments, or simply to have an official record of domestic violence so divorce will be granted in the future. Through outreach programs in the community and a referral network, the center has increased its services by an estimate of 600% since beginning operation in 1990. The figures for the first half of 1995 show a total number of 9253 domestic violence claims, which represents 21% of the 41 000 violent felonies registered in the entire city during the same period.^{33,34,42}

Since its inception in 1989, the Human Rights Commission of Mexico has approached the phenomenon of violence against women, children, and the elderly as one that is endemic in marginal socioeconomic groups. The opening statement of the commission's publication on women's rights reads as follows: "A society that is willing to have only one of its sexes profit from the benefits of development and modernity is condemned to forget more than half of its labor force, women."⁴³ Domestic violence has been clearly defined as a violation of a fundamental human right, which seems appropriate in a country like Mexico where many of its citizens are increasingly aware of their political and health care rights but are skeptical of official institutions.

In 1994 and 1995, the Human Rights Commission of Mexico received 9000 requests for assistance. One of the founding pillars of the commission has been community education programs aimed at creating an understanding of human rights and domestic violence. Through brochures, symposia, radio and television broadcasts, and continuing education courses in universities,⁴³ the Women's Program of the Human Rights Commission of Mexico and other nongovernmental organizations like the Mexican Academy of Human Rights have worked to bring domestic violence to the forefront of the political agenda.

CONCLUSION

It is unquestionable that domestic violence is a public health problem in Mexico, yet researchers and policymakers have yet to define the scope of the problem and the intensity of the action and resources required to address the problem. Imme-

diate actions must include continued research on the health effects, resulting social dynamics, and psychological consequences of domestic violence, widespread participation of the medical profession,⁴⁴ inclusion of domestic violence as part of the curriculum in medical schools,¹³ changes to the current penal code and legal system, police training to ensure the safety of women living with repeat offenders, restraining orders for stalkers and ex-partners, use of hot lines, creation of more shelters, and behavior modification education for violent men.

Reform of Mexican law to appropriately penalize perpetrators of domestic violence is expected this year. In addition, efforts to elucidate Mexican women and children's "unknown" causes of death should be made, similar to those implemented in the United States, where child death review teams have been created to address the death of a child under questionable circumstances.⁴⁵

The state of domestic violence in Mexico, as in many other countries, stands in agreement with the following remarks from Koshland⁴⁶:

[C]ultural acceptance is a contributing factor. Many cultures have an unwritten code that the husband can command and deserves to control the wife. The wife's personal fear is only one of the factors that lead many to tolerate the abuse. Economic dependence, desire to preserve the home and concern about separation from the children add to the reasons for a woman's unwillingness to leave or to press charges even when the police intervene for an urgent call for help.

However, the way in which Mexican women respond to violence in the home has begun to evolve. This change has been influenced by increased access to new information, the portrayal of the "ideal" contemporary family on television, women's evolving expectations about an autonomous role within the couple, women holding jobs before marriage (making them more aware of the means for subsistence), and the growing awareness that battered women can initiate legal action or return to their paternal household. Mexican women have started to understand their own rights within interpersonal relationships, something not common in Mexico in the past.²¹

Active social and political participation in Mexico is an emerging phenomenon, and it is increasingly acknowledged that health care institutions and professionals must play a key role in the attention to women's health. It is through physicians women will seek help throughout their life—when they give birth, become ill, and take their children and parents for medical care. In Mexican society, physicians are held in high regard, and as a result, they should lead Mexico's attention to the public health crisis of domestic violence.

This work was partly supported by Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología México (CONACYT 0001P-M9505).

References

- Kempe CH, Silverman FN, Steele RF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181:17-24.
- Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's box. *JAMA*. 1992;267:3157-3160.
- American Psychological Association. *Commission on Violence and Youth: Psychology's Response*. American Psychological Association; 1993.
- Randall T. Domestic violence intervention calls for more than treating injuries. *JAMA*. 1990;264:939-940.
- Koss M, Heslet L. Somatic consequences of violence against women. *Arch Fam Med*. 1992;1:53-59.
- Corsi J, ed. *Violencia Familiar: Una Mirada Interdisciplinaria Sobre un Grave Problema Social*. Mexico City, Mexico: Paidós; 1994.
- Mullen P, Romans-Clarkson S, Walton V, Herbison P. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*. 1988;1:841-845.
- Hijar M. Violencia y lesiones. *Salud Publica Mex*. 1992;15:15-23.
- Ramírez J, Vázquez G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Publica Mex*. 1993;35:148-160.
- Lovera S. Sufren maltrato físico 61.15% de las amas de casa mexicanas. *La Jornada*. June 4, 1989;El País:3.
- Sauceda JM. Violencia en la familia: el maltrato a la mujer. *Rev Med Mex Inst Social Security*. 1995;33:283-287.
- González L, Cárdenas G. Situación actual de los derechos humanos de las mujeres en México. In: Red Entre Mujeres, eds. *Las Mujeres y los Derechos Humanos en América Latina*. Lima, Peru: Red Entre Mujeres; 1994.
- McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for drug abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992;267:3176-3178.
- CECOVID AC. *Aún la Luna a Veces Tiene Miedo...Una Aproximación a la Violencia Doméstica en México*. Mexico City: CECOVID AC; 1992.
- Riquier F, Saucedo I, Bedolla P. Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública. In: Langer A, Tolbert C, eds. *Mujer y Salud Reproductiva en México*. Mexico City, Mexico: The Population Council, EDAMEX; 1996.
- Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. New York, NY: The Population Council; 1995:4-56.
- Larrain S, Rodríguez T. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer. In: Gómez Gómez E, ed. *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1993:202-209. Publicación Científica 641.
- Torres S. A comparison of wife abuse between two cultures: perceptions, attitudes, nature and extent. *Issues Ment Health Nurs*. 1991;12:113-131.
- Campbell JC. Prevention of battering, insights from cultural analysis: nursing network on violence against women. *Response*. 1992;14:18-24.
- Lara A, Salgado N. Las mujeres, la pobreza y la salud mental (VI). *Info Clin Inst Mexicano Psiquiatría*. 1994;5:10-12.
- González S. Del matrimonio eterno a las mujeres que no aguantan, cambios recientes en familias rurales. In: *Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer*. Mexico City, Mexico: El Colegio de México; 1992.
- Lewis O. Husbands and wives in a Mexican village: a study of role conflict. *Am Anthropol*. 1949;51:602-610.
- González S, Iracheta PC. La violencia en la vida de las mujeres campesinas en el distrito de Tenango 1880-1910. In: Ramos-Escandón C, ed. *Presencia y Transparencia: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer*. Mexico City, Mexico: El Colegio de México; 1987:111-143.
- Buvinić M, Lycette M, McGreevey L. *Women and Poverty in the Third World*. Baltimore, Md: The Johns Hopkins University Press; 1983.
- Breines W, Gordon L. The new scholarship on family violence. *Signs*. 1983;8:490-531.
- González Montes S. El orden patriarcal en las familias campesinas: un caso mexicano tradicional. In: Grassi E, ed. *La Antropología Social y los Estudios de la Mujer*. Buenos Aires, Argentina: Humanitas; 1987.
- García B, Oliveira O. *El Trabajo Femenino y Vida Familiar en México*. Mexico City, Mexico: El Colegio de México; 1994:151-169.
- López-Austín A. *Cuerpo Humano e Ideología: Las Concepciones de los Antiguos Nahuas*. Mexico City, Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México; 1980:vol 1.
- Urbina S. *The Latino Programme*. Mountainview, Calif: Support Network for Battered Women; 1994.
- Pérez Duarte AE. *Derecho de Familia*. Mexico City, Mexico: Fondo de Cultura Económica; 1994:295-345.
- Arocho Velázquez S. *Compendio de las Leyes de Puerto Rico que Protegen a la Mujer*. San Juan, Puerto Rico: Universidad Interamericana de Puerto Rico; 1994:160-197.
- Lugo C. Legislación, lesiones y malos tratos. *FEM (Mexico)*. 1987;48:16-18.
- Hernández A. Atacan maltrato en el hogar. *Reforma*. August 6, 1995:B1.
- Pan American Health Organization. *Interamerican Convention to Prevent, Sanction and Eradicate Violence Against Women*. Lima, Peru: Pan American Health Organization; 1994.
- Azaola-Garrido E. Estudio comparativo del delito en el hombre y la mujer. In: *Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer*. Mexico City, Mexico: El Colegio de México; 1994.
- Gómez MI. Mujeres homicidas. *Reforma*. May 21, 1995:B2.
- Harrel RR. La ciudad y el crimen. *Reforma*. January 25, 1995:B5.
- Counts DA, Brown JK, Campbell JC. *Sanctions and Sanctuary: Cultural Perspectives on the Beating of Wives*. Boulder, Colo: Westview Press; 1992.
- Bedregal X, Saucedo I, Riquier F. *Hilos, Nudos y Colores: En la Lucha Contra la Violencia Hacia las Mujeres*. Mexico City, Mexico: Centro de Investigación y Capacitación de Mujeres; 1991.
- Duarte P, González G. *La Lucha Contra la Violencia de Género en México: De Nairobi a Beijing, 1985-1995*. Mexico City, Mexico: AC COVAC; 1994.
- Heise L, Pitangy J, Germain A. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. Washington, DC: The World Bank; 1994. World Bank Discussion Papers No. 255.
- Subprocuraduría de Derechos Humanos y Servicios a la Comunidad*. Mexico City, Mexico: Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI); 1995.
- Salinas L. *Los Derechos Humanos de las Mujeres en México*. Mexico City, Mexico: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1994.
- American Medical Association. *Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence*. Chicago, Ill: American Medical Association; 1992.
- Durfee MJ, Gellert GA, Durfee-Tilton D. Origins and clinical relevance of child death review teams. *JAMA*. 1992;267:3172-3175.
- Koshland D. The spousal abuse problem. *Science*. 1994;265:455.

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Intimate Partner Abuse Among Nurses and Nurses' Aides in Mexico

Claudia Díaz-Olavarrieta,* Francisco Paz,* Claudia García de la Cadena* and Jacquelyn Campbell**

*Laboratorio de Psicología Experimental, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Mexico City, Mexico

**Johns Hopkins University School of Nursing, Baltimore, MD, USA

Received for publication April 14, 2000; accepted October 24, 2000 (00/061).

Background. Nurses are the health professionals most frequently involved in the diagnosis and treatment of victims of family violence (FV). Understanding their personal experience with victimization is the key to shaping an appropriate role as advocates for medical recognition of FV and as integral members of the screening teams. We sought to determine the lifetime prevalence of intimate partner abuse among them and identify its risk factors.

Methods. In our cross-sectional study, 1,150 registered nurses and nurses' aides at 11 urban hospitals in Mexico City self-administered an anonymous survey. We calculated descriptive statistics, Fisher exact tests, and multivariate logistic regression models to analyze physical, sexual, and emotional abuse during adulthood.

Results. Physical/sexual abuse during adulthood was 13% for nurses' aides and 18% for nurses. Similar proportions (13% of nurses' aides and 14% of nurses) also reported childhood physical/sexual abuse. Additional respondents (39% nurses' aides, 42% nurses) reported emotional abuse during adulthood. Detecting no significant differences in abuse patterns between the two groups, we combined occupations for all subsequent analyses.

Results. Being separated or divorced (vs. married) ($Apr = 3.41$, 95% confidence interval (CI): 1.81–6.44) and having suffered physical/sexual abuse during childhood ($Apr = 3.39$, 95% CI: 2.26–5.08) were associated with physical/sexual abuse in adulthood. The same variables were associated with adult emotional abuse (separated/divorced: $Apr = 5.33$, 95% CI: 2.61–10.85, and childhood physical/sexual abuse: $Apr = 2.58$, 95% CI: 1.79–3.75). Younger women (between the ages of 23 and 28 years) reported more emotional abuse ($Apr = 2.10$, 95% CI: 1.48–2.98).

Conclusions. Counseling for abused nursing staff may help break the cycle. Physical/sexual partner abuse among nurses appears lower than among the general Mexican population, but remains worrisome. Battling childhood abuse might prevent intimate partner violence. © 2001 IMSS. Published by Elsevier Science Inc.

Key Words: Intimate partner abuse, Family violence, Nurses, Female health workers, Child abuse.

Introduction

A staggering proportion of injuries in women is not caused by accidents but rather by trauma intentionally inflicted by family members. Stark and Flitcraft found that based on

trauma histories, one in four women surveyed in an emergency room could be identified as battered (1,2). In recent years, the medical profession, in both Mexico and in other countries around the world, has increasingly recognized family violence (FV) as a significant threat to women's health (3,4). Many developed and developing country medical associations and nongovernmental organizations concerned with women's health and rights now campaign actively to prevent and eradicate the family violence that accompanies many women throughout their lives (5–9).

Address reprint requests to: Claudia Díaz-Olavarrieta, MSc, Instituto de Neurología y Neurocirugía, Insurgentes Sur 3877, 14269 México D.F., México. Tel.: (+525) 528-7878; FAX: (+525) 606-2282; E-mail claudio@hotmail.com

Integrally involved in the growing medical attention devoted to family violence are the two predominantly female occupations of nurses and nurses' aides. As traditional and heavily female-dominated occupations, they may also constitute a professional group with representative personal experiences of FV. These health workers have been asked to collaborate actively in the identification and treatment of all victims of FV, from the abused child to battered women, rape victims, and the abused elderly. Councils, panels, symposia, research guidelines, and public policy have been created to promote participation by these healthcare workers (10,11). The trend is taking root in Mexico as well as in other developing and industrialized countries.

The role of nurses in identifying and caring for FV victims is growing steadily. The nursing literature now includes studies of battering during pregnancy, women's responses to battering, homicide of women, marital rape, and the care of battered women in the healthcare system (12,13). But as Mexico and other countries proceed with involving nurses and nurses' aides more overtly in the identification and care of FV victims, it will also be essential to understand any personal experience that these predominantly female healthcare workers have with FV, as this will shape their response or lack thereof toward abuse victims they may encounter in their daily routine.

Worldwide, virtually nothing is known about intimate partner violence among nurses or nurses' aides. The single available study of FV among nurses is from the United States. (14). That study, conducted among 243 nurses in a large midwestern metropolitan area that used Hudson's (15,16) scales to estimate physical and nonphysical (emotional) abuse and other conflicts in partner relationships, found that 8% reported having experienced physical abuse during adulthood, whereas 19% reported emotional abuse during adulthood. The authors note that their figure for physical abuse did not differ significantly from the U.S. national value of 10% and mention the lack of normative data for emotional abuse for comparative purposes. In addition, a few studies in medical institutions have investigated the prevalence of violence between female medical students and female doctors. Cullinane et al. (17) report that 38% of the students participating in the study reported personal histories of abuse, and strongly favored education and advocacy roles for physicians. These students were also more likely to report histories of suicidal thoughts. The study by deLahunta (18) found that 24% of medical school faculty members and students reported physical abuse, sexual abuse, or both by a partner during their adult life.

In Mexico, however, nothing this specific has yet been done. Two studies have assessed the prevalence of domestic violence in the general population, finding that a large number of adult women (approximately 30%) are victims of domestic violence (19–21), while others have focused on abuse during pregnancy (22), the link between depression and family violence (23), correlations between alcohol con-

sumption and partner abuse (24), and childhood sexual abuse (25). FV occurred to various degrees in all socioeconomic and sociocultural groups investigated. Considering that nursing is a highly typical occupation for women in Mexico, rates of FV among Mexican nurses might be thought to mirror rates for the more general population. It is also possible, however, that rates of reported FV might be higher if nursing staff, through their work, are more aware than average of the problem.

Nurses in Mexico comprise two groups: registered nurses who typically have a college degree (16 years of schooling), and licensed nurses' aides, who typically have completed only technical training (12 years of schooling, the last 4 in a technical rather than an academic secondary school track). The latter group is much larger, representing 60–80% of the so-called nursing staff at a typical hospital. This configuration would be true at all levels of public hospitals (from community-based to tertiary-care), as well as at private institutions. Generally speaking, both nurses and nurses' aides in Mexico tend to come from middle and low socioeconomic backgrounds, receive low wages, and suffer from problems commonly associated with limited income and lack of professional status. New generations of Mexican nurses' aides in particular are currently striving to upgrade their technical skills by completing university curricula on a part-time basis, but most begin work at young ages to support themselves or their families, and can seldom afford the time lost from work that additional schooling entails. Low wages for both nurses and nurses' aides in Mexico also mean that large proportions of persons in these occupations hold two full-time positions at different institutions, often working 14–16 hours per day.

Understanding the personal experience of nurses with violence could shape the advocacy role these health workers play in drawing the medical community's attention to FV, and direct the willingness and objectivity they possess toward identifying and tackling FV among their patients.

We undertook the present study to add to the one existing study of personal experience with FV among nursing personnel available internationally, and to begin to build on this literature for the Mexican and developing country context. We included both registered nurses and nurses' aides to provide a fuller picture of female healthcare workers in Mexico.

Methods

During 1997, our study staff visited each of six large government tertiary-care/teaching hospitals and five private hospitals found among healthcare facilities in Mexico City. In these hospitals, they approached 1,255 female registered nurses ($n = 295$) and nurses' aides ($n = 888$) (we were unable to gather data concerning the occupations of 72 of these health workers) and asked them to participate in a

short, self-administered questionnaire (described subsequently). The nursing personnel had been informed at public meetings that a study on a topic related to women's health would be fielded, and that the study was voluntary and approved by the ethics board of each participating hospital. The study staff acquired a complete staff list from the head nurse at each hospital and approached the nurses and aides while they were on duty. Nurses and nurses' aides answered the questionnaire between shifts or at the end of their working day, and deposited their completed questionnaires in a designated box before leaving the hospital. We matched the number of answered questionnaires with the number distributed to verify that no one took their questionnaire home. The average time used to complete the questionnaire was 20 min, although participants could take as long as they wished. We surveyed an estimated two-thirds of the staff employed at the hospitals, which range in staff size from between 120 and 300 nurses and nurses' aides.

From the 1,255 women approached, we collected 1,150 completed and useable questionnaires (283 from nurses and 867 from nurses' aides). The other 105 (8%) nursing staff approached did not yield useable survey responses, and were not analyzed separately: 49 women declined to participate, 11 had answered the questionnaire previously, 34 left unanswered questions, and 11 left blank sections.

We employed an anonymous questionnaire originally developed by deLahunta at the University of Rochester and validated at that Institution in a sample of medical school faculty members and students (17). We translated the questionnaire from English into Spanish, back-translated it to double-check our work, and adapted it slightly for the Mexican context. For example, we specifically changed all questions that mentioned the word partner to read spouse/boyfriend. We defined psychological abuse as being continuously humiliated, downgraded, or subjected to offensive language as opposed to using the standard question in English: "Has any partner ever made you feel badly about yourself?" Next, we pilot-tested the Spanish-version draft to ensure that the participants understood the questions and to obtain preliminary estimates on which to base our sample-size calculations. Sample size was determined based on a previous study (26) that yielded a power of 80% with a 0.05 level of significance. A reliability test of the translated, adapted version (see Figure 1) yielded an Alpha Cronbach score of 0.88 for all items on the questionnaire, indicating high internal validity.

Following the method of deLahunta, we defined experience with physical/sexual abuse in adult life, psychological abuse during adult life, or physical/sexual abuse during childhood to include a positive response to one or more of the applicable questions listed in Figure 1.

We entered the data centrally. All analyses were performed using standard statistical software (Stata, and for the exact tests, StatXact Turbo). Analysis began with descriptive statistics. We next calculated Student *t* tests and two-

tailed Fisher exact tests to analyze differences between the two occupational groups (nurses and nurses' aides) in baseline characteristics. We also used Fisher exact tests to check for occupational differences in the outcome measures between nurses and nurses' aides, and to analyze outcome measures by baseline characteristics within the two occupational groups and in cases where cell size fell below 5. No statistically significant differences between nurses and nurses' aides were found. We also compared abused and nonabused nurses and nurses' aides according to demographic variables using chi square and Student *t* tests. Demographic variables that proved significant at $p < 0.05$ after bivariate analysis were included as independent variables in a logistic regression model taking abused/nonabused as a dichotomous dependent variable. [As described further in Figure 1, we followed the method of deLahunta (17) to construct overall binomial summary measures for these two types of abuse.] Due to the epidemiologic design and nature of the problem assessed, the chosen measure of association was prevalence ratio (PR).

In the models, we included all variables that bore a plausible relationship with abuse. We used Hosmer and Lemeshow goodness-of-fit test (27) to select the final model. We also checked for shared risk factors using Spearman rho test. All comparisons designated as statistically significant had p values ≤ 0.05 .

Results

Table 1 shows the demographic characteristics of the study participants. One-quarter of the participants were nurses and 75% were nurses' aides. The 867 nurses' aides had a mean age of 27 years and mean schooling of 12 years. Nurses were significantly older and better educated than nurses' aides, with a mean age of 32 years and an average of 15 years of schooling. Most likely because they were younger, more nurses' aides were also single, although differences in marital status patterns were not statistically significant. Finally, nurses were more likely to work in private hospitals than were participating nurses' aides.

Table 2 presents the reported rates of physical or sexual abuse during adulthood, emotional abuse during adulthood, and physical or sexual abuse during childhood for both nurses and for nurses' aides.

Lifetime prevalence of physical and/or sexual partner abuse during adulthood was 13% for nurses' aides and 18% for nurses. Sexual abuse was even more prevalent than physical abuse, with 8% of nurses' aides and 12% of nurses reporting it compared to 6% of nurses' aides and 9% of nurses reporting physical abuse. A high proportion of the physical/sexual abuse suffered during adulthood (approximately one-sixth) was severe enough for the woman to seek medical attention, and a similar proportion involved a weapon.

Physical/Sexual Abuse During Adulthood

- 1) Has any partner/spouse/boyfriend ever physically hurt you?
a) Yes b) No
- 2) Has any partner/spouse/boyfriend ever inflicted an injury on you which required medical attention?
a) Yes b) No
- 3) Has any partner/spouse/boyfriend ever used a weapon (knife, gun, club, belt or any other object) to hurt you?
a) Yes b) No
- 4) Has any partner/spouse/boyfriend ever forced you to have sex or engage in sexual practices that make you feel uncomfortable?
a) Yes b) No

Psychological Abuse During Adulthood

- 5) Has any partner/spouse/boyfriend ever continuously humiliated, downgraded you, or used offensive language to address you?
a) Yes b) No
- 6) Has any partner/spouse/boyfriend ever tried to control what you do or where you go?
a) Yes b) No
- 7) Has any partner/spouse/boyfriend ever tried to control your money?
a) Yes b) No
- 8) Has any partner/spouse/boyfriend ever tried to control your relationships with your family or friends?
a) Yes b) No

Physical and/or Sexual Abuse During Childhood

- 9) As a child, did you experience persistent physical/sexual abuse?
a) Yes b) No
- 10) If you answered "Yes" to question 9, by whom were you abused? (Please mark all that apply):
a) parent(s) b) sibling(s) c) other family member(s) d) friend(s) e) other _____

Note: We created overall summary definitions of each type of abuse by considering as abused any respondent who answered in the affirmative to one or more questions in a given section.

Figure 1. Family violence questions (adapted from deLahunta et al., 1997).

Table 1. Demographic characteristics of study participants by occupation

Characteristics	Nurses' aides <i>n</i> (%)	Nurses <i>n</i> (%)	Total <i>n</i> (%)	Differences between the two occupations
Schooling, mean (standard deviation [SD]) in years ^a	867 (75)	283 (25)	1,150 (100)	
Age	12 (0.82)	15 (1.4)	12 (1.7)	<i>p</i> = 0.000 ^b
Mean (SD) in years	27 (12.6)	32 (9.4)	28 (7.0)	—
17–22 years	340 (39.2)	27 (9.5)	367 (31.9)	<i>p</i> = 0.000
23–28 years	242 (27.9)	97 (34.3)	339 (39.5)	
29–35 years	146 (16.8)	93 (32.9)	239 (20.8)	
36–50 years	106 (12.2)	57 (20.1)	163 (14.2)	
51–85 years	13 (1.5)	7 (2.5)	20 (1.7)	
Missing	20 (2.3)	2 (0.7)	22 (1.9)	
Marital status ^b				^b
Single	378 (43.6)	94 (33.2)	472 (41.0)	—
Married/common law	434 (50.1)	166 (58.7)	600 (52.2)	n.s.
Separated/divorced	39 (4.5)	17 (6.0)	56 (4.9)	
Widowed	9 (1.0)	5 (1.8)	14 (1.2)	
Missing	7 (0.8)	1 (0.4)	8 (0.7)	
Employment sector ^b				^b
Government hospital	472 (54.4)	124 (43.8)	596 (51.8)	—
Private hospital	395 (45.6)	159 (56.2)	554 (48.2)	<i>p</i> = 0.002

^aTwo-tailed Student *t* test; ^btwo-tailed Fisher exact test; n.s. = not significant.

Fully 40% (39% of nurses's aides and 42% of nurses) of the respondents reported emotional abuse during adulthood. The most common forms of emotional abuse by partners were controlling the person's daily activities (nearly two-thirds of each group), limiting their family relationships (just over one-half in each group), and constantly subjecting them to offensive language (approximately 40% of each group). Forty-two women (9%) answered all questions affirmatively that dealt with psychological abuse (not shown).

Approximately one in eight woman in each group reported physical and/or sexual abuse during childhood. Among these

women, 122 (78% of those reporting childhood abuse) reported being subjected to continuous physical abuse as children, and 57 (37%) reported sexual abuse during childhood, with 23 (15%) reporting both types of abuse.

In summary, rates of each type of abuse, particularly emotional abuse during adulthood and physical/sexual abuse in childhood, were similar across the two groups. Indeed, because there was no statistically significant difference in any of our outcome measures of interest between women in the two occupations, we grouped them together in our subsequent multivariate regression models.

Table 2. Type of abuse reported by study participants, by occupation

Type of abuse	Nurses' aides <i>n</i> = 867 <i>n</i> (%)	Nurses <i>n</i> = 283 <i>n</i> (%)	Total <i>n</i> = 1,150 <i>n</i> (%)	CIs for prevalence of abuse (CI 95%)	Differences between the two occupations
Physical/sexual abuse during adulthood (any)	114 (13)	50 (18)	164 (14)	(12, 16)	^a
None	753 (86.9)	233 (82.3)	986 (85.7)		n.s.
Sexual abuse	72 (8.3)	35 (12.4)	107 (9.3)	(7, 11)	
Physical abuse	51 (5.9)	25 (8.9)	76 (6.6)	(5, 8)	
Sought medical attention	17 (2.0)	11 (3.9)	28 (2.4)	(1, 3)	
Used a weapon	14 (1.6)	12 (4.3)	26 (2.3)	(1, 3)	
Emotional abuse during adulthood (any)	336 (39)	120 (42)	456 (40)	(37, 43)	^a
None	531 (61.2)	163 (57.6)	694 (60.3)		n.s.
Controls daily activities	220 (25.4)	73 (25.8)	293 (25.5)	(23, 28)	
Controls finances	84 (9.7)	35 (12.4)	119 (10.3)	(9, 11)	
Limited family relationships	174 (20.1)	65 (23.0)	239 (20.8)	(18, 23)	
Used offensive language	129 (14.9)	58 (20.6)	187 (16.3)	(14, 18)	
Physical/sexual abuse during childhood (any)	116 (13)	40 (14)	156 (14)	(12, 16)	^a
None	751 (86.6)	243 (85.9)	994 (86.4)		n.s.
Physical abuse	90 (10.4)	32 (11.3)	122 (10.7)	(9, 13)	
Sexual abuse	42 (4.9)	15 (5.3)	57 (5.0)	(4, 6)	

Note: Percentages within each section do not total 100% because respondents could indicate more than one type of abuse where applicable; ^atwo-tailed Fisher exact test; n.s. = not significant.

Table 3. Overall summary rates of reported abuse by occupation and selected demographic characteristics for nurses

Nurses	Physical/sexual (adulthood) n (%)	Emotional (adulthood) n (%)	Physical/sexual (childhood) n (%)	Two-tailed Fisher exact tests for differences in abuse patterns by baseline characteristics
Total	50 (100)	120 (100)	40 (100)	
Schooling				*
13-15 years	36 (72)	94 (78)	29 (73)	
16 years	13 (26)	20 (17)	8 (20)	n.s.
17+ years	1 (2)	6 (5)	3 (7)	
Age				*
17-22 years	6 (12)	11 (9)	4 (10)	
23-28 years	18 (36)	37 (31)	11 (28)	n.s.
29-35 years	19 (38)	43 (36)	15 (38)	
36-50 years	6 (12)	25 (21)	9 (23)	
51-85 years	1 (2)	4 (3)	0 (0)	
Missing	0 (0)	0 (0)	1 (3)	
Marital status				*
Single	9 (18)	28 (24)	7 (17)	—
Married/in union	33 (66)	73 (61)	25 (62)	n.s.
Separated/divorced	6 (12)	15 (13)	7 (17)	
Widowed	2 (4)	3 (2)	1 (2)	
Employment sector				*
Government hospital	23 (46)	65 (54)	16 (40)	
Private hospital	27 (54)	55 (46)	24 (60)	n.s.

Note: Percentages within each section do not total 100% because respondents could indicate more than one type of abuse where applicable; *two-tailed Fisher exact test; n.s. = not significant.

Might there be demographic correlates to the likelihood or specific patterns of abuse? Table 3 presents two subgroups of healthcare workers according to whether they reported physical or sexual partner abuse during adulthood, emotional abuse during adulthood, or physical/sexual abuse during childhood, but is also broken out by the main demographic variables collected. No demographic variables (education, age, marital status, or employment sector) examined

for either nurses or nurses' aides were significantly related to the overall patterns of abuse reported. Types of reported abuse, however, did tend to go hand in hand. Bivariate Spearman rho for shared risk factors between physical and/or sexual abuse and psychological abuse was 0.446.

Because of the likely strong relationship between abuse during childhood and subsequent risk of abuse during adulthood, we paid special attention to nursing personnel who re-

Table 4. Overall summary rates of reported abuse by occupation and selected demographic characteristics for nurses' aides

Nurses' aides	Physical/sexual (adulthood) n (%)	Emotional (adulthood) n (%)	Physical/sexual (childhood) n (%)	Two-tailed Fisher exact tests for difference in abuse patterns by baseline characteristics
Total	114 (100)	336 (100)	116 (100)	
Education				
9-12 years	114 (100)	336 (100)	116 (100)	
Age				*
17-22 years	33 (29)	100 (30)	43 (37)	—
23-28 years	39 (34)	118 (36)	33 (29)	n.s.
29-35 years	27 (24)	67 (20)	20 (17)	
36-50 years	13 (11)	43 (13)	18 (16)	
51-85 years	2 (2)	3 (1)	1 (1)	
Marital status				*
Single	33 (29)	100 (30)	39 (34)	—
Married/common law	65 (57)	200 (60)	66 (57)	n.s.
Separated/divorced	16 (14)	30 (9)	10 (9)	
Widowed	0 (0)	3 (1)	1 (1)	
Employment sector				*
Government hospital	56 (49)	185 (55)	68 (59)	—
Private hospital	58 (51)	151 (45)	48 (41)	n.s.

Note: Percentages within each section do not total 100% because respondents could indicate more than one type of abuse where applicable; *two-tailed Fisher exact test; n.s. = not significant.

ported childhood abuse. We fit multivariate models to measure the association between childhood abuse and abuse during adulthood, controlling for selected sociodemographic variables (age, marital status, and education). We estimated models for each of the two main binary outcome measures of abuse during adulthood that follow: 1) physical and/or sexual abuse during adulthood, and 2) emotional abuse during adulthood. Results appear in Table 4.

Significant covariates of intimate partner physical and/or sexual abuse in adulthood were the following: being separated/divorced ($Apr = 3.41$, 95% CI: 1.81–6.44; $p < 0.001$), and history of physical or sexual abuse during childhood ($Apr = 3.39$, 95% CI: 2.26–5.08; $p < 0.001$). Significant covariates of emotional abuse during adulthood were the same: being separated/divorced ($Apr = 5.33$, 95% CI: 2.61–10.85; $p < 0.001$) and a history of physical or sexual abuse during childhood ($Para = 2.58$, 95% CI: 1.79–3.75; $p < 0.001$). Being young (between 23–28 years of age) ($Apr = 2.10$, 95% CI: 1.48–2.98; $p = < 0.001$) was also significantly associated with emotional abuse during adulthood (Table 5).

Discussion

Family violence screening and prevention programs are often created in medical institutions and increasingly involve an important role for nursing personnel. Cooperation from nurses is essential for addressing the problem. Nursing staff are frequently the first point of contact with the victim of abuse in the emergency room, the clinic, and the home (28). Research concerning nurses' personal experience with violence can influence the approach they adopt toward the problem and their willingness to recognize abuse among pa-

tients and offer appropriate referrals. The medical profession has traditionally focused on the preventive aspects of disease, and violence against women can be approached in a similar fashion. The American Medical Association (29) has published brochures focusing on the diagnosis and treatment of domestic violence, elder abuse, child abuse, and neglect and child sexual abuse (available in Spanish from the authors upon request). The lessons learned in the field by professionals working with substance abuse patients can shed some light on nurses' personal victimization. Only when their own dependence is acknowledged and treated will they become effective members of a treatment team.

Our study yielded several important findings. First, nurses in Mexico City reported a similar prevalence of intimate partner abuse and childhood physical/sexual abuse at the levels reported in other studies of female medical faculty and students in the United States (18). Violent relationships evidently exist in similar proportions among different socioeconomic groups and societies (30).

Second, our study confirmed that physical, sexual, and emotional abuse in adult life is highly correlated with a history of childhood physical abuse (31,32). Child abuse as a risk factor for being in an abusive relationship as an adult has been documented among the following diverse groups: emergency room patients (33,34); low-income and homeless women (35); homeless children (36); abusive mothers (37); incarcerated women (38), and women attending a methadone maintenance clinic (39). Among respondents in our study, emotional abuse was frequent in general (40%), but was the rule among female survivors of physical/and or sexual abuse, with 85% of these women reporting it. Whereas a personal history of violence during childhood

Table 5. Multivariate logistic regression models of physical and/or sexual partner abuse and of emotional abuse (adjusted prevalence ratios and 95% confidence intervals [95% CI])

Dependent variables: Variable	Physical/sexual abuse		Psychological abuse	
	Prevalence ratio	95% CI	Prevalence ratio	95% CI
Independent variables				
Childhood physical/sexual abuse	1.00		1.00	
Not abused	3.39 ^a	2.26, 5.08	2.58 ^a	1.79, 3.75
Abused				
Civil status				
Married/common law	1.00		1.00	
Single	0.54 ^c	0.36, 0.82	0.48 ^a	0.36, 0.63
Separated, divorced	3.41 ^a	1.81, 6.44	5.33 ^a	2.61, 10.85
Widowed	0.85	0.17, 4.23	1.15	0.36, 3.62
Age				
17–22 years	1.00		1.00	
23–28 years	1.47	0.92, 2.32	2.10 ^a	1.48, 2.98
29–35 years	1.44	0.87, 2.39	1.66 ^b	1.13, 2.45
36–50 years	0.61	0.32, 1.17	1.09	0.69, 1.69
51–85 years	1.28	0.32, 5.04	1.02	0.36, 2.89
Pseudo R^2	0.0837		0.0877	
Log likelihood	–427.52953		–692.48721	

^aSignificant at the 0.001 level; ^bsignificant at 0.01; ^csignificant at 0.05.

was present in 13% of our total sample of respondents, it was present three times more often (31%) in the 51 respondents who reported intimate partner abuse during adulthood ($p < 0.001$).

The intergenerational theory of family violence (31) may help to explain this sequential victimization. It seems that the chain of violent relations inside the home begins very early in the life of many women (40), and their suffering does not improve by leaving their parents, reaching adulthood, or marrying. Perhaps female disempowerment lies at the core of the problem.

How can our and other findings of a link between childhood physical abuse and intimate partner abuse be used in programs aimed at preventing FV? It is possible that for complex psychological reasons, female survivors of child abuse seek an intimate relationship later in life with a man whose behavioral profile is similar to that observed inside the paternal home; these women display an attitude of defenselessness, learned helplessness, or symptoms of post-traumatic stress disorder later in life that can be taken advantage of by an abusive partner (41). The fact that childhood abuse in girls makes them vulnerable for intimate partner abuse during adulthood should be afforded great weight in the design of social programs aiming at eliminating all forms of child abuse, including physical punishment and verbal downgrading, often advocated as so-called educational aids (42,43). An additional question, unfortunately beyond the scope of our study, is the frequency of a childhood history of abuse among male perpetrators of FV. This issue also warrants further study.

Third, among the risk factors for emotional partner abuse, being between 23 and 28 years of age was significant ($\text{Odds Ratio} = 2.1$). Younger women initiating an intimate relationship may be particularly vulnerable to controlling and abusive behavior from their partners. Correlates of youth, such as having young children, lacking financial independence, adhering to social norms that encourage women to keep the family together, and believing that one can have a positive influence on changing violent behavior in a partner may render younger women more prone to emotional abuse.

Fourth, in regard to severity of abuse, 17% of the survivors of physical and/or sexual abuse reported being physically injured with a weapon and sustaining injuries so severe that they required medical attention. This rate is higher than that found among neurologic patients in Mexico, who reported loss of consciousness and seeking medical help due to injuries sustained at the hands of intimate partners (26). Community-based surveys carried out to date have not addressed the issue of the severity of abuse or its health consequences in detail, but this would be an important area for further inquiry.

Finally, the marital status most frequently associated with both types of abuse during adulthood was that of divorced or separated. Being single was associated with significantly lower rates of abuse of each type. Intimate-part-

ner violence may directly motivate women to seek divorce or separation, thus explaining its prominence in the risk model.

Lifetime prevalence of abuse during adulthood was 13% for nurses' aides and 18% for nurses, slightly lower than that reported in other prevalence studies done in Mexico, which quote figures between 20 and 40% (21). Our prevalence might appear lower for several reasons: a narrow definition of violence was used, casual acquaintances and family members other than partners were excluded, and only physical and/or sexual abuse but not emotional abuse were included. Also, self-administered surveys tend to result in lower levels of reported violence when compared with surveys administered by interviewers (44).

Recently, new legislation designed to prevent FV and aid victims was approved unanimously by the Mexican Congress. This legislation affords women, children, and the elderly a more expedient judicial process when they report instances of physical, sexual, or psychological abuse and neglect (44). This reform is part of the government's commitment to prevent all forms of violence against women. Following the passing of the legislation, the National Program Against Family Violence 1999–2000 was created. Two tasks were addressed: 1) the drafting of a national policy on FV, and 2) the implementation of hospital protocols to increase detection, treatment, and the referral of victims in the health-care system (45). Under the new plan, mandatory reporting and referral will be established in medical institutions following the guidelines designed by the Ministry of Health (*Norma Oficial Contra la Violencia Intrafamiliar*) (46).

To date, the subject of FV has not been included in the Mexican training curriculum for registered nurses or nurses' aides, despite its prevalence among nursing personnel. Future curricula should include the subject and contain the resources available to those who are victims of FV.

Further research should also focus on the training of nurses with a personal history of abuse. Perhaps they need special preparation to effectively screen, diagnose, and intervene in cases of violence perpetrated against their patients.

References

1. Flitcraft A. From public health to personal health: violence against women across the life span. *Ann Intern Med* 1995;123:800.
2. Stark E, Flitcraft A. Women at risk: domestic violence and women's health. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications; 1996. p. 211.
3. Cascardi M, Langhinrichsen J, Vivian D. Marital aggression: impact, injury, and health correlates for husbands and wives. *Arch Intern Med* 1992;152:1178.
4. Campbell JC. Abuse during pregnancy: progress, policy and potential. *Am J Public Health* 1998;88:185.
5. Heise L, Pitangui J, Germain A. Violence against women. The hidden health burden. Program on Women, Health and Development. Washington, DC, USA: Pan American Health Organization; 1994.
6. World Health Organization. Family and reproductive health. Violence against women: a priority health issue. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1997.

7. American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Chicago, IL, USA: American Medical Association;1992. p. 19.
8. American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on mental health effects of family violence. Chicago, IL, USA: American Medical Association;1995. p. 35.
9. American Medical Association. Council on Scientific Affairs. Violence against women: relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992;267:3184.
10. Campbell JC, Anderson E, Fulmer TL, Girouard S, McElmurry B, Raff B. Violence as a nursing priority: policy implications. *Nursing Outlook* 1993;41:83.
11. Ross MM, Hoff LA, Couto Wakulczyk G. Nursing curricula and violence issues. *J Nurs Educ* 1998;37:53.
12. Campbell JC. A review of nursing research on battering. Ann Arbor, MI, USA: Hemisphere Publishing Corporation;1992. p. 69.
13. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. *JAMA* 1992;267:3176.
14. Auala JM, Oetker D, McSweeney M. Partner abuse against female nursing students. *J Psychosoc Nurs* 1995;33:17.
15. Hudson WW. Partner abuse scale. Tempe, AZ, USA: Walmyr;1990.
16. Hudson WW, McIntosh SR. The assesment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *J Marriage Family* 1981;43:873.
17. Cullinane PM, Alpert EJ, Freund KM. First-year medical students. Knowledge of, attitudes toward, and personal histories of family violence. *Acad Med* 1997;72:48.
18. deLahunta EA, Tulskey AA. Personal exposure of faculty and medical students to family violence. *JAMA* 1996;275:1903.
19. Díaz Olavarrieta C, Sotelo J. Domestic violence in Mexico. *JAMA* 1996;275:1937.
20. Gender FK. Domestic violence and sickness in Mexico. *Soc Sci Med* 1997;45:1147.
21. Ramírez J, Vázquez G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Publica Mex* 1993;35:148.
22. Valdéz R, Sanin LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38:352.
23. Valdéz R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental* 1998;21(6):1.
24. Natera RG, Tiburcio SM, Villatoro VJ. Marital violence and its relationship to excessive drinking in Mexico. *Contemp Drug Probl* 1997;24/Winter:787.
25. Saucedo-García JM. Violencia intrafamiliar y sexual. *Gac Med Mex* 1999;135:359.
26. Díaz Olavarrieta C, Campbell J, García de la Cadena C, Paz F, Villa AR. Domestic violence against chronic neurological patients. *Arch Neurol* 1999;56:681.
27. Hosmer DW, Hosmer T, Le Cessie S, Lemeshow S. A comparison of goodness-of-fit tests for the logistic regression model. *Stat Med* 1997;16:965.
28. Davidhizar R, Newman Ginger J. Recognizing abuse. *Int Nurs Rev* 1996;43:145.
29. American Medical Association. Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. AMA;1995.
30. Ayers CD, Brown JK, Campbell JC. Sanctions and sanctuary cultural perspectives on the beating of wives. Boulder, CO, USA: Westview Press;1992. p. 1.
31. Egeland B. A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. In: Gelles JR, Loseke DR, editors. *Current controversies on family violence*. Newbury Park, CA, USA: Sage Publications;1993. p. 197.
32. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schoeder FA, DeChant KF, Ryden J, Derogatis RL, Bass BE. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA* 1997;277:1362.
33. de Vries Robbe M, March L, Vinen J, Horner D, Roberts G. Prevalence of domestic violence among patients attending a hospital emergency department. *Aust N Z J Public Health* 1966 Aug;20(4):364.
34. Roberts GL, O'Toole BI, Raphael B, Lawrence JM, Ashby R. Prevalence study of domestic violence victims in an emergency department. *Ann Emerg Med* 1996;27:741.
35. Browne A, Bassuk SS. Intimate violence in the lives of homeless and poor housed women: prevalence and patterns in an ethnically diverse sample. *Am J Orthopsychiatry* 1997;67:261.
36. Vostanis P, Grattan E, Cumella S, Winchester C. Psychosocial functioning of homeless children. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:881.
37. Coohy C, Braun N. Toward an integrated framework for understanding child physical abuse. *Child Abuse Negl* 1997;21:1081.
38. Richie BE, Johnson C. Abuse histories among newly incarcerated women in a New York City jail. *J Am Med Assoc* 1996;275:1111.
39. Gilbert L, el Basset N, Schilling RF, Friedman E. Childhood abuse as a risk for partner abuse among women in methadone maintenance. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1997;23:581.
40. Hall D, Lynch MA. Violence begins at home: domestic strife has life-long effects on children. *Br Med J* 1998;316:1551.
41. Rodríguez N, Ryan SW, Vande-Kemp H, Foy DW. Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: a comparison study. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:53.
42. American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on child physical abuse and neglect. Chicago, IL, USA: American Medical Association;1992.
43. McAlister B. Silent victims: children who witness violence. *JAMA* 1993;269:262.
44. McFarlane J, Christoffel K, Bateman L, Miller V, Bullock L. Assessing for abuse: self-report versus nurse interview. *Public Health Nurs* 1991;8:245.
45. Ministry of Health. Criteria for medical care in family violence. Mexico City, Mexico. Government Printing Office (Diario Oficial México);20 October 1999.
46. Ministry of Health. Project for Official Reform to the Mexican Legislation. Criteria for medical care in family violence (Report). August 1999.

SENIOR EDITOR *Social Epidemiology*

PROFESSOR ICHIRO KAWACHI
Department of Health and Social Behavior
Harvard School of Public Health
677 Huntington Avenue
Boston, MA 02115
USA
Fax: +1 617 432 3123
E-mail: Ichiro.Kawachi@channing.harvard.edu



EDITOR-IN-CHIEF *Professor Sally Macintyre*

January 17, 2001

Dr. Claudia Diaz-Olavarrieta
Instituto Nacional de Neurologia y Neurocirugia
Insurgentes Sur 3877
Mexico DF, 14269
MEXICO

Dear Dr. Diaz-Olavarrieta,

Thank you for submitting your paper "Prevalence of battering among 1780 outpatients at an internal medicine institution in Mexico" for consideration of publication in *Social Science & Medicine*. This letter is to inform you that your manuscript has been received and is currently under the review management of the Social Epidemiology Section. Generally the review process takes four months. I will contact you as soon as possible with a decision. In the interim, if you have any questions please contact the editorial office by e-mail:

Ichiro.Kawachi@channing.harvard.edu. Please include the heading "*Attention Manuscripts*" in the subject of your e-mail. Alternatively, contact the office by post mail:

Dr. Ichiro Kawachi
Department of Health and Social Behavior
Harvard School of Public Health
677 Huntington Avenue
Boston, MA 02115 USA

Please note that your paper is considered on the understanding that it comprises original, unpublished material and is not under simultaneous consideration for publication elsewhere.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Ichiro Kawachi', is written above the printed name.

Ichiro Kawachi
Senior Editor
Social Science and Medicine



PERGAMON

<http://www.elsevier.com/locate/socscimed>

Acknowledgements: This work was partly supported by Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de Mexico (CONACYT 0001P-M9505). Thanks to Claudia García de la Cadena, Martha Huerta, Rosa Baez and Sigfrido Rangel for technical help and Julio Sotelo MD and Camilo Rios PhD for valuable editorial comments.

REFERENCES

1. Murray, CJL., AD Lopez, (eds). *The Global Burden of Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.
2. Diaz-Olavarrieta C, Sotelo J. Domestic violence in Mexico. *JAMA*. 1996;275:1937-1941.
3. Finkler K. Gender, domestic violence and sickness in Mexico. *Soc Sci Med*. 1997;45:1147-60.
4. Ayers CD, Brown JK, Campbell JC, (eds). *Sanctions and sanctuary. Cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder, CO: Westview Press. 1992.
5. Flitcraft A. From public health to personal health: Violence against women across the life span. *Ann Intern Med*. 1995;123:800-2.
6. Campbell J, Kulb JE, Rose L. Depression in battered women. *JAMWA*. 1996;51:3:106-110.
7. Gleason WJ. Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence & Victims*. 1993;8:53-68.
8. Galbraith S, Rubinstein G. Alcohol, drugs, and domestic violence: confronting barriers to changing practice and policy. *JAMWA*. 1996;51:3:115-17.
9. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo: violencia contra la mujer un problema de salud pública. Managua, Nicaragua. 1992.
10. Freyre GF. Violencia intrafamiliar. *Psiquis (Mex)*. 1994; 3(3):62-69.
11. Híjar-Medina M, López-López M, Blanco-Muñoz J. La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pública Mex*. 1997;39:565-572.
12. Ramírez J, Vázquez G. Mujer y Violencia: Un hecho cotidiano. *Salud Publica Mex*. 1993;35:148-160.
13. Ellsberg MC. Candies in hell: Domestic violence against women in Nicaragua. Department of Epidemiology and Public Health Umeå University, Sweden. 1997.
14. Larrain S, Rodriguez T. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer in Gómez Gómez E. (eds). *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington DC. Panamerican Health Organization; 1993.
15. Valdez R, Sanin LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex*. 1996;38:352-362.
16. Valdez R, Juarez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental*. 1998;21(6):1-10.
17. Natera RG, Tiburcio SM, Villatoro VJ. Marital violence and its relationship to excessive drinking in Mexico. *Contemporary Drug Problems*. 1997; 24/winter:787-804.

18. Saucedo-Garcia JM. Violencia intrafamiliar y sexual. *Gac. Med. Mex.* 1999;135:359-260.
19. Ministry of Health. Project for Official Reform to the Mexican Legislation. Criteria for medical care in family violence, Report, August 1999.
20. Ministry of Health. Criteria for medical care in family violence. Mexico City: Mexico. Government Printing Office (*Diario Oficial México*), 20 October 1999.
21. Elimination of Violence Against Women: In Search of Solutions. WHO/FIGO Pre-Congress Workshop. Executive Summary. Women's Health and Development Family and Reproductive Health. Geneva: World Health Organization; 1997.
22. Warshaw C, Ganley LA. Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers. San Francisco, CA: The Family Prevention Fund; 1996.
23. National Program Against Family Violence 1999-2000, Report, 1999.
24. Flitcraft A. Synergy: violence prevention, intervention, and women's health. *JAMWA*. 1996;51: 3:75-76.
25. Feldhaus MK, Koziol-McLain J, Amsbury LH, Norton MI, Lowenstein RS, Abott TJ. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*. 1997;277:1357-1361.
26. Walker LE. *The Battered Woman Syndrome*. New York, NY: Springer; 1984.
27. Abbott J, John R, Loziol-McLain J, Lowenstein S. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA*. 1995;273:1763-1767.
28. Roberts GL, O'Toole BI, Raphael B, Lawrence JM, Ashby R. Prevalence study of domestic violence victims in an emergency department. *Ann Emerg Med*. 1996;27:741-53.
29. Women's Health and Development. Family and Reproductive Health, Report, Geneva: World Health Organization; 1997.
30. Hilberman CE, Perri Rieker P, Mills T. Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 1984;141:378-383.
31. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, *et al.* Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med*. 1990;113:828-833.
32. Diaz Olavarrieta C, Campbell J, Garcia de la Cadena C, Paz F, Villa AR. Domestic violence against chronic neurological patients. *Arch Neurol*. 1999;56:681-685.
33. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, *et al.* The "Battering Syndrome": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*.

- 1995;123:737-746.
34. Mc Cauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schoeder FA, DeChant KF, Ryden J, Derogatis RL, Bass BE. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA*. 1997;277:1362-8.
35. World Health Organization. International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) Tenth Revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
36. SPSS for Windows. 8.0. Standard Version. Chicago Ill. 1997.
37. Wilt S, Olson S. Prevalence of domestic violence in the United States. *JAMWA*. 1996;51:3:77-82.
38. McFarlane J, Christoffel K, Baternan L, Miller, V. Bullock, L. Assessing for abuse: Self-report versus nurse interview. *Public Health Nurs*. 1991;8:245-250.
39. Alto a la Violencia en la Familia: historia, comentarios y datos sobre la nueva ley en la materia. México City, Mexico: United Nations; 1998.
40. Campbell JC. Abuse during pregnancy: Progress, policy and potential. *Am J Public Health*. 1998;88:185-7.
41. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, *et al*. Risk factors for injury to women from domestic violence. *N Engl J Med*. 1999;341:1892-1898
42. Richie BE, Johnsen C. Abuse histories among newly incarcerated women in a New York city jail. *JAMWA*. 1996;51:3:111-14.
43. Rodriguez AM, Szkupinski Quiroga S, Bauer MH. Breaking the silence. *Arch Fam Med*. 1996;5:153-58.
44. INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estados Unidos Mexicanos.) Women and Men in Mexico, Mexico City, Mexico, 1997.
45. INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estados Unidos Mexicanos.) Women in Mexico: a statistical balance at the end of the 20th century. Mexico City, Mexico, 1995.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

En el presente estudio, aproximadamente 1 de cada 10 mujeres (8.5%) reportaron maltrato físico y/o sexual en el último año. Este porcentaje se puede comparar con los datos de prevalencia reportados en los Estados Unidos para población general que se encuentran entre 8% - 12% utilizando un instrumento diferente al aplicado en nuestra encuesta, el cual mide violencia de pareja en el contexto de manejo de conflictos. La prevalencia reportada por nosotros probablemente es inferior a los estudios de la literatura por varias razones: a diferencia de otros estudios llevados a cabo en nuestro país, nuestra investigación incluyó una definición limitada de violencia en el hogar, es decir, violencia física y/o sexual ocurrida en los 12 meses previos a la encuesta, excluyendo la violencia emocional que si bien es frecuente es más difícil de medir consistentemente. Entre los perpetradores de esta violencia, incluimos a la pareja, cónyuge o ex-cónyuge excluyendo cualquier otro miembro de la familia extensa o relación pasajera. Por otro lado, los instrumentos auto-administrados tienden a arrojar porcentajes inferiores de reporte cuando se comparan con entrevistas clínicas. Finalmente, nuestro índice de rechazo a participar del 18% puede haber incluido aquellas mujeres con casos de violencia más severa y/o aquellas mujeres con temor a reportar incidentes de violencia por temor a que esta escale. Un estudio llevado a cabo en varias ciudades de provincia de nuestro país que incluía violencia emocional reporta una incidencia entre 13 y 35%.³⁹

La asociación entre trastornos depresivos y violencia en nuestra muestra también es similar a lo reportado en la literatura internacional. Campbell menciona que mientras que la

depresión puede resultar de una asociación compleja entre biología y medio ambiente, el maltrato parece constituir un factor de riesgo independiente y significativo. En nuestro estudio, las mujeres maltratadas reportaron mayor sintomatología depresiva e intentos de suicidio aun cuando no pudimos establecer si la depresión es producto de la violencia en el hogar o a la enfermedad que llevó a nuestras participantes a acudir al hospital. Nuestra investigación sin embargo, si muestra claramente que el maltrato físico es suficientemente frecuente para ameritar que los clínicos lo consideren como una posibilidad cuando entrevisten mujeres que acuden a consulta por depresión para poder descartar al maltrato como factor causal.

El abuso de sustancias en la víctima y en el perpetrador de la violencia fueron variables predictivas para maltrato en el último año. Este hallazgo también se confirma en la literatura. Una encuesta en hogares llevada a cabo en la zona sur de la ciudad de México con 544 mujeres que vivían en pareja preguntó acerca de la ocurrencia de actos violentos en el hogar. El alcoholismo y la celotipia en la pareja se encontraban asociados en forma importante con reportes de violencia y amenazas de esta. En nuestro estudio la violencia se encontraba asociada con el abuso de sustancias sin embargo no encontramos correlación entre ingesta de alcohol y severidad de maltrato. Los patrones mexicanos de consumo de alcohol frecuentemente incluyen ingesta ocasional pero elevada de alcohol (a diferencia de episodios frecuentes de consumo bajo), que conducen a un estado de ebriedad acompañado de alteración en la coordinación motora. En relación a la ingesta de alcohol entre las mujeres, se ha demostrado que se encuentra asociada con maltrato en el hogar. En nuestra muestra se observó un patrón; los reportes de ingesta de alcohol /yo drogas para la muestra total fue de 7.9% comparado con casi el doble para las víctimas de maltrato físico y/o

sexual en el último año (15.6%) y 13.3% para maltrato alguna vez en la vida. No encontramos una asociación significativa entre abuso de sustancias en las mujeres y la violencia que experimentaban en el hogar.

Confirmando reportes en la literatura, la historia de maltrato en nuestro estudio fue un predictor importante de maltrato en el último año. Mientras que la historia de maltrato en la infancia fue reportada por 29.6% (526 mujeres) de nuestra muestra total de 1,780 participantes, esta cifra se duplicaba (56%) en las 152 mujeres que reportaron maltrato en el año previo ($p < 0.01$).

Maltrato durante el embarazo fue reportado por 152 mujeres (8.5%). Este índice es la mitad del reportado en estudios norteamericanos que ubican la cifra entre 0.9%-20%.⁵²

El hallazgo mas importante del presente estudio es que diagnósticos médicos específicos que llevan a mujeres a consulta a un hospital de medicina interna no se encuentran correlacionados con maltrato presente o pasado. Es por lo anterior que todas la mujeres que acuden al sistema de salud deben ser interrogados de manera rutinaria acerca de la ocurrencia de violencia en el hogar. Afortunadamente este sondeo es barato y los diagnósticos y referencias adecuados pueden aminorar la morbilidad para las mujeres.

Como se observó en el presente estudio, la asociación que existe entre violencia en el hogar, sintomatología depresiva y abuso de sustancias justifica un enfoque global al problema de violencia contra las mujeres. Este enfoque actualmente se ha implementado en

algunos hospitales norteamericanos que enfatizan la detección y tratamiento de mujeres maltratadas.

Se ha demostrado que las víctimas de maltrato desean que los proveedores de salud les pregunten acerca de su experiencia y les ofrezcan referencias de donde acudir. Están concientes de la sobrecarga asistencial especialmente en hospitales públicos como el del presente estudio, sin embargo solo con una participación comprometida del sector salud será posible ubicar la violencia contra las mujeres como una prioridad de salud en nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

1. Koop, E C. *Violence in America: A Public Health Emergency*. JAMA. 1992;267:3075-3076.
2. Koshland, D. *The Spousal Abuse Problem*. Science. 1994;265:455.
3. Sugg, N.K. Inui, T. *Primary Care Physicians Response to Domestic Violence: opening Pandora's Box*. JAMA. 1992;267:3157-3160.
4. Novello, A.C., Rosenberg, M., Saltzman, L., Shoskys. From the US Surgeon General, US Public Health Service. JAMA. 1992;267:3132.
5. Frenk, J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica. 1994.
6. Híjar, M y cols., *Mortalidad por Lesiones Accidentales e Intencionales en el Distrito Federal. México 1970-1986*. Salud Pública Mex. 1990;32:395-404.
7. Ramírez, J. Vázquez, G. *Mujer y Violencia. Un Hecho Cotidiano*. Salud Pública Mex. 1993;35:148-160.
8. Híjar, M. *Violencia y Lesiones*. Salud Pública Mex. 1992;15:15-23.
9. García, B, Oliveira, O. El Trabajo Femenino y Vida Familiar en México. México. El Colegio de México, 1994:151-169.
10. González, S. *Del Matrimonio Eterno a las Mujeres que no Aguantan. Cambios Recientes en Familias Rurales*. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. México. El Colegio de México. 1992.
11. González, S, Iracheta, P.C. *La violencia en la vida de las mujeres campesinas en el distrito de Tenango 1880-1910*, En Ramos-Escandon C, (ed), Presencia y Transparencia. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. México. El Colegio de México, 1987:111-143.
12. Flitcraft, A. y Stark, E. *"Violence Among Intimates: An Epidemiological Review."* En V.N. Hasselt, y cols., (eds). Handbook of Family Violence. New York: Plenum Publishing Corporation, pp. 293-318. 1988.
13. Riquer, F, Saucedo, I. Bedolla P., *Agresión y Violencia Contra el Género Femenino: Un Asunto de Salud Pública*. En: Langer A. Tolbert C. (eds), *Género Mujer y Salud en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud;1993:202-209. Publicación Científica 541.
14. Heise, L. Pitanguy, J, Germain, A. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. Washington, DC: The World Bank; 1994. World Bank; Discussion Papers No. 255.

15. Koss, M, Heslet, L. *Somatic Consequences of Violence Against Women*. Arch. Fam. Med. 1992;1:53-59.
16. Natera, G, Mora, J, Tiburcio M. *Las Adicciones y la Violencia Familiar en México*. En: Jiménez, G.R. (comp.), ¿Y la Familia? Centro Universitario de Estudios para la Familia. Universidad Autónoma de Tlaxcala, pp. 93-107.1996.
17. Graham, D., Rawlings, E, Rimini, N, *Survivors of Terror: Battered Women Hostages and the Stockholm Syndrome* En Yllo, K, Bograd, M (eds), Feminist Perspectives on Wife Abuse. Sage Publications, 1981.
18. Randall, T. *Domestic Violence Begets Other Problems of Which Physicians Must be Aware to be Effective*. JAMA, 1990;264:940-943.
19. Allo, M. Santa Clara County Domestic Violence Protocol for Health Providers. Febrero 1994.
20. Hart, B., Gondolf, E. *Lethality and Dangerous Assesment*. Violence Update. 1992; 4.
21. Campbell, J. "If I can't have you, no one can". *Power and Control in Homicide of Female Partners*. En Radford J & Russell D (eds), Femicide. The Politics of Female Killing. Twayne Publishing, N. York, 1992.
22. Harrel, R.R. *La Ciudad y el Crimen*. Periódico Reforma 25 de enero, 1995: B5.
23. Gómez, M.I. *Mujeres Homicidas*. Periódico Reforma 21 de mayo, 1995: B2.
24. Family Violence Prevention Fund.. "National Health Initiative on Domestic Violence, Executive Summary." *The Health Care Response to Domestic Violence Fact Sheet*. 1992.
25. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. "Violence Against Women: Relevance for Medical Practitioners". JAMA. 1992;267:3184-3189.
26. McAlister, B. Zuckerman, B. Marans, S. Cohen D.J. *Silent Victims. Children Who Witness Violence*. JAMA. 1993;269:262-264.
27. Green, A. *Self-Destructive Behavior in Battered Children*. Am J. Psychiatry. 1978;135:579-582.
28. Asociación Psicológica Americana. *Violence and Youth: Psychology's Response*. vol. I, Reporte de la Comisión de la Asociación Psicológica Americana sobre Violencia y Juventud. 1993.
29. Carlson, B.E. *Children's Observations of Interparental Violence*. en Roberts A.R. (eds) Battered Women and Their Families: Intervention Strategies and Treatment Programs. N. York, Springer, 1984.

30. Randall, T. *Adolescents may experience home, school abuse. Their future draws researchers concern.* JAMA. 1992;267:3127-3131.
31. National Committee for Injury Prevention and Control. Capítulo 13: Domestic Violence en Injury Prevention: Meeting the Challenge. Oxford University Press, pp. 223-231. 1989.
32. Walker, L. *Domestic Violence: Global Issues and Solutions*. Discurso de Invitación al Seminario Internacional Sobre Violencia Doméstica y Salud Reproductiva. Una Reflexión sobre las Intersecciones. El Colegio de México. Cd. de México, Noviembre 1994.
33. Warshaw, C. *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A resource Manual for Health Care Providers*. The Family Violence Prevention Fund. 1995.
34. Warshaw, C. *Limitations of the Medical Model in the Care of the Battered Women*. Gender Soc. 1989;3:506-517.
35. Hamberger K. Identificación e intervención de la mujer golpeada. Mundo Médico 1994;21:87-93.
36. Feldhaus MK, Koziol-McLain J, Amsbury LH, Norton MI, Lowenstein RS, Abott TJ. *Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department.* JAMA. 1997;277:1357-1361.
37. American Public Health Association. Position paper: *Family Violence*. The Nation's Health, September. 1992.
38. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. *The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices.* Ann Intern Med. 1995;123:737-746.
39. Hammond, R. The public health model for violence prevention: the CDC perspective in Violence and Health . Proceedings of WHO global symposium. Kobe, Japan 12-15 October 1999.
40. Romer, C. Global health problems of violence. in Violence and Health . Proceedings of WHO global symposium Kobe, Japan 12-15 October 1999
41. Briceño LR. La Violencia en América Latina: salud pública y cambio social. En Bronfman M. Castro R. Salud Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina. EDAMEX. 1999
42. Rafael Lozano, Martha Híjar y José Luis Torres. Violencia, seguridad pública y salud. En Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios, políticas. Fundación Mexicana para la Salud 1997.
43. UNIFEM. Memorias Encuentro Continental sobre Violencia Intrafamiliar. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. 1996

44. Híjar-Medina M, López-López MV, Blanco-Muñoz J. La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pública Mex.* 1997;39:565-572.
45. Gelles, Donileen R. Loseke. *Current Controversies on Family Violence*. Sage. 1993.
46. Heise LL. Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington, DC, World Bank, 1994, 39(4):1165-1179.
47. Campbell JC. *Assessing Dangerousness. Violence by sexual offenders batterers, and child abusers*. Sage Publications. 1995
48. Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal y Reglamento: Modelo de unidad de atención a la violencia familiar. Gobierno del Distrito Federal. 2000.
49. Secretaría de Salud. Criterios para el cuidado médico de la violencia familiar. México (Diario Oficial México), Octubre 20, 1999.
50. Shrader, E. La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. Protocolo de investigación. Washington, DC: OPS, 1998.
51. Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar 1999-2000. PRONAVI Marzo 1999.
52. Campbell JC. Abuse during pregnancy: Progress, policy and potential. *Am J Public Health.* 1998;88:185-7.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE EVALUACION

Debido a que la violencia es tan común en nuestras vidas, a diario sabemos de violaciones, asaltos, robos, muertes etc. Las mujeres no estamos exentas de estos peligros, que muchas veces pasan dentro de nuestra casa. De manera rutinaria estamos preguntado a todas las pacientes de este hospital acerca de este problema que muchas veces pasa desapercibido.

Las preguntas que va usted a contestar son Anónimas y estrictamente confidenciales. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la salud de las mujeres en _____. Si desea más información al respecto de este tema por favor comuníquese con el encuestador o llame al tel.: _____

1.- ¿Alguna vez ha sido maltratada física o emocionalmente por su compañero o alguien importante para usted? Si ☐ No ☐

¿Qué tipo de Maltrato? Físico ☐ Psicológico ☐

Si la respuesta es SI ¿Por quién?

Esposo ☐ Ex-esposo ☐ Novio ☐ Extraño ☐ Padre ☐ Más de uno ☐

Número de veces 0 - 5 _____ 5 - 10 _____ 10 - 15 _____ Más de 15 _____

¿El maltrato se presentó bajo los efectos del alcohol? Si ☐ No ☐

2.- ¿En el último año ha sido Ud. golpeada; abofeteada, pateada, o lastimada físicamente de algun otro modo? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es SI ¿Por quién?

Esposo ☐ Ex-esposo ☐ Novio ☐ Extraño ☐ Padre ☐ Más de uno ☐

Compañero ☐ Concubino ☐

Número de veces: 0 - 5 _____ 5 - 10 _____ 10 - 15 _____ Más de 15 _____

Tipo de maltrato: Pegar ☐ Bofetadas ☐ Estrangular ☐ Patear ☐
otro: _____

¿El maltrato se presentó bajo los efectos del alcohol? Si ☐ No ☐

3.- ¿Alguna vez ha recibido tratamiento médico (acudió a la sala de urgencia de algun hospital, fue a una clínica o centro de salud, o a la Cruz Roja) por lesiones producidas por el maltrato?

Si ☐ No ☐

4.- Cuando ha estado embarazada, ¿fue golpeada, abofeteada, pateada o lastimada físicamente de otro modo? Si ☐ No ☐ No he estado embarazada ☐

Si la respuesta es Si ¿Por quién?

Esposo ☐ Ex-esposo ☐ Novio ☐ Extraño ☐ Padre ☐ Más de uno ☐
Compañero ☐

Número de veces 0 - 5 _____ 5 - 10 _____ 10 - 15 _____ Más de 15 _____

Tipo de maltrato: Puñetazos ☐ Bofetadas ☐ Estrangular ☐

Patear ☐ otro : _____

5.- ¿En el último año ha sido forzada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta es Si ¿Por quién?

Esposo ☐ Ex-esposo ☐ Novio ☐ Extraño ☐ Padre ☐ Más de uno ☐

Compañero ☐

Número de veces: 0 - 5 _____ 5 - 10 _____ 10 - 15 _____ Más de 15 _____

6.- ¿De **NIÑA O JOVENCITA** fue usted maltratada físicamente en forma **REPETIDA Y SEVERA**?

Si ☐ No ☐

Edad en la que ocurrió el maltrato _____ (0-18 años)

Si la respuesta es Si ¿Por quién?

Padre ☐ Padrastro ☐ Madre ☐ Madrastra ☐ Novio ☐

Otro: _____

Número de veces: 1 - 5 _____ 6 - 10 _____ 11 - 15 _____ Más de 15 _____

Tipo de maltrato: Pegar ☐ Bofetadas ☐ Estrangular ☐ Patear ☐

Más de uno ☐ Otro: _____

7.- ¿De **DE NIÑA O JOVENCITA** fue forzada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?

Si ☐ No ☐

Edad en la que ocurrió _____ (0-18 años)

Si la respuesta es SI, ¿por quien?

Padre ☐ Padrastro ☐ Novio ☐ Otro: _____

Número de veces: 1 - 5 _____ 6 - 10 _____ 11 - 15 _____ Más de 15 _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES

El personal médico del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" está interesado en cuestiones de salud relacionadas con mujeres.

Las preguntas que va usted a contestar son Anónimas y estrictamente confidenciales, el personal médico o de enfermería no conocerá sus respuestas. Trate de responder a TODAS las preguntas, NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR. Sus respuestas son muy importantes.

Esta encuesta es para finés de investigación solamente. Usted no será penalizada si decide no responder al cuestionario.

Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la salud de las mujeres en México. Si desea más información al respecto de este tema por favor comuníquese con el encuestador o llame al tel.:

606-3822 ext. 2017
M. en C. Claudia García de la Cadena
M. en C. Claudia Díaz Olavarrieta.

Folleto disponible en:

- Módulo de Informes
- Estación de Enfermeras

Por favor marque uno de los siguientes cuadros

- ☐ SI, responderé el cuestionario COMPLETO
- ☐ NO deseo participar
- ☐ Ya lo contesté anteriormente (no tiene que volver a contestarlo)

SI ACEPTO RESPONDER AL CUESTIONARIO POR FAVOR PASE A LA SIGUIENTE HOJA

SI CONTESTO QUE NO, LOS ENCUESTADORES ME MOSTRARAN EN DONDE PUEDO DEJAR ESTE CUESTIONARIO.

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES

1. ¿Por qué acude usted hoy a este hospital? _____

Enfermedad: _____

2. ¿Qué edad tiene? _____ años

3. ¿En qué lugar nació? _____

4. ¿Dónde vive usted actualmente? _____

Colonia

Delegación

POR FAVOR MARQUE CON UN CIRCULO CADA UNA DE SUS RESPUESTAS. MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE CORRESPONDEN, ALGUNAS PREGUNTAS TIENEN MAS DE UNA RESPUESTA.

5. ¿Cuál es el último año de estudio que completó?

PrimariaSecundariaPreparatoriaUniversidadPosgrado

1 2 3 4 5 6

1 2 3

1 2 3

1 2 3 4 5 6

Maestría/Doctorado/Especialidad

Carrera ComercialTécnico

1 2 3

1 2 3

6. ¿Cuál es su ocupación?

1....Ama de hogar

2....Estudiante

3....Empleada

4....Obrera

5....Comercio

6....Técnico

7....Profesionista

9....Enfermera

8....Otra _____

7. Si trabaja fuera de su hogar, ¿Cuántas horas pasa fuera de su casa?

1....2-4 horas al día

2....4-6 horas al día

3....6-8 horas al día

4....8-10 horas al día

5....Más de 10 horas al día

8. ¿Con quién vive usted actualmente?

1.....Sola

2.....Con mi pareja/novio/compañero

4.....Con una amiga

8.....Con mi esposo

16....Con mis hijos

32....Con mi padre

64....Con mi madre

128..Con otro (especificar) _____

9. ¿Cuál es su estado civil ?

1....Soltera

2....Soltera pero tengo pareja Desde cuando (años y meses): _____

3....Casada Desde cuando (años y meses): _____

4....Separada Desde cuando (años y meses): _____

5....Divorciada Desde cuando (años y meses): _____

6....Viuda Desde cuando (años y meses): _____

7....Unión libre Desde cuando (años y meses): _____

10. ¿Cuántos hijos tiene ? _____

11. ¿Qué religión tiene?

1....Católica

2....Cristiana

3....Evangelista

4....Mormona

5....Judía

6....Otra _____

Quisiéramos saber sobre su salud y los problemas médicos que ha tenido en los últimos 6 meses

12. ¿Actualmente ¿está usted tomando alguna medicina?

1....No

2....Si

12a. Si respondió que Sí, ¿qué tipo de medicina está tomando? (marque todas las opciones que correspondan)

1....Medicina para el corazón

2....Medicina para la presión alta

3....Medicina para los nervios o la depresión

4....Medicina para el dolor

5....Medicina para el dolor de cabeza

6....Medicina para el estómago o la úlcera

7....Medicina para dormir

8....Medicina para la Diabetes

9....Otro tipo (especificar _____)

13. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces ha sido hospitalizada o internada en algún hospital?

Ninguna, 1, 2, 3, 4, 5 o más veces.

14. ¿Alguna vez ha tenido un aborto?

14a. 1....No

2....Si

14b. Este aborto fue: 1....Provocado ☐ 2....Espontáneo ☐

14c. Si respondió que Sí, ¿cuántos ha tenido?

1, 2, 3, 4, 5 o más.

15. MARQUE SI O NO PARA CADA PREGUNTA Si en los últimos seis meses, usted ha tenido:

a. Dolores de cabeza frecuentes o intensos	1...No	2...Si
b. Dolor en la cara	1...No	2...Si
c. Sentir que se ahoga	1...No	2...Si
d. Dolor en el pecho	1...No	2...Si
e. Sensación de desmayo o desvanecimiento	1...No	2...Si
f. Siente que le falta el aire	1...No	2...Si
g. Dolor en los senos	1...No	2...Si
h. Dolor en el abdomen o el estómago	1...No	2...Si
i. Estreñimiento	1...No	2...Si
j. Diarrea	1...No	2...Si
k. Dolor en la espalda	1...No	2...Si
l. Dolor en la pelvis, los genitales o en sus partes íntimas.	1...No	2...Si
m. Flujo vaginal	1...No	2...Si
n. Problemas para orinar	1...No	2...Si
o. Problemas para dormir	1...No	2...Si
p. Pesadillas	1...No	2...Si
q. Caídas	1...No	2...Si
r. Huesos rotos, luxaciones o cortadas	1...No	2...Si
s. Heridas frecuentes y serias	1...No	2...Si
t. Cansancio frecuente	1...No	2...Si
u. Falta de apetito	1...No	2...Si
v. Episodios de comer en exceso o provocarse vómito	1...No	2...Si
w. Otros síntomas:	1...No	2...Si
Especificar: _____		

16. RESPONDA A CADA UNA DE LAS PREGUNTAS Si durante la ÚLTIMA SEMANA, incluyendo el día de hoy, usted ha tenido:

	No	A veces	Seguido	Diario
a. Dolores de cabeza	1	2	3	4
b. Nerviosismo o temblor dentro del cuerpo	1	2	3	4
c. Desmayo o desvanecimiento	1	2	3	4
d. Dolor en el corazón o el pecho	1	2	3	4
e. Siente que tiene poca energía o que hace todo lentamente	1	2	3	4
f. Piensa en quitarse la vida	1	2	3	4
g. Siente miedo súbito sin tener un motivo	1	2	3	4
h. Se culpa por las cosas que pasan	1	2	3	4
i. Se siente triste	1	2	3	4
j. Siente que ha perdido el interés en las cosas	1	2	3	4
k. Siente miedo inexplicable	1	2	3	4
l. Las personas lastiman sus sentimientos con facilidad	1	2	3	4
m. Siente que las personas no la comprenden.	1	2	3	4
n. Siente que las personas son poco amigables con usted o que usted no les cae bien	1	2	3	4
o. Se siente inferior a las demás personas	1	2	3	4
p. Tiene el cuerpo adolorido	1	2	3	4
a. Tiene dificultad para dormir o para mantenerse dormida	1	2	3	4
r. Tiene que evitar ciertos lugares o actividades porque éstos le producen miedo o temor	1	2	3	4
s. Se siente sin esperanzas con respecto al futuro.	1	2	3	4
t. Tiene problemas para concentrarse	1	2	3	4
u. Tiene debilidad en alguna parte del cuerpo	1	2	3	4
v. Se siente tensa o estresada	1	2	3	4

17. ¿Ha pensado que la vida no vale la pena vivirse ?

1....No 2....Si

17a. A veces las personas se deprimen cuando sienten que la vida no vale la pena ser vivida.

¿Alguna vez ha tratado usted de quitarse la vida ?

1....No 2....Si

18. ¿Alguna vez ha estado hospitalizada por un problema mental o psicológico?

1....No 2....Si

19. Muchas mujeres beben alcohol o cerveza. ¿En el pasado ha bebido alcohol o cerveza?

1....No 2....Si

20. En los últimos 3 meses, ¿ha bebido usted alcohol o cerveza?

1....No 2....Si

SI RESPONDIÓ QUE NO, POR FAVOR PASE A LA PREGUNTA 21

SI RESPONDIÓ QUE SI, POR FAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS 20a-20f.

20a) ¿Cuántas copas o cervezas aguanta tomar en una reunión?

Número: _____

20b) ¿Siente que debería bajar su consumo de alcohol o cerveza ?

1...No 2....Si

20c) Durante el último año sus amigos o familiares ¿se han preocupado o se han quejado por su forma de beber?

1...No 2....Si

20d) ¿Se siente mal o culpable por su forma de beber?

1...No 2....Si

20e) ¿Alguna vez ha tenido que tomar una copa en las mañanas para ayudarle a controlar sus nervios o para curarle una cruda?

1...No 2....Si

20f) ¿Alguna vez un amigo o miembro de la familia le ha dicho cosas que usted dijo o hizo cuando estaba tomada que no puede recordar?

1...No 2....Si

21. En el pasado, ¿ha sentido que debería bajar su consumo de alcohol, se ha sentido molesta porque alguien la criticaba por beber, o se sintió mal o culpable por haber bebido alcohol o cerveza?

1....No 2....Si

22. ¿Alguna vez ha usado algún tipo de droga?

1....No 2....Si

Especificar

- 1....Mariguana
- 2....Cocaína
- 3....Heroína
- 4....Inhalables (cemento, thinner)
- 5....Otra _____

23. Actualmente, ¿utiliza algún tipo de droga?

1....No 2....Si

Especificar

- 1....Mariguana
- 2....Cocaína
- 3....Heroína
- 4....Inhalables (cemento, thinner)
- 5....Otra _____

24. ¿Su esposo, novio o compañero bebe mucho alcohol o cerveza?

1....No 2....Si 3... No se aplica (no tiene esposo, novio o compañero)

25. ¿Su esposo o compañero consume muchas drogas?

1....No 2....Si 3... No se aplica (no tiene esposo, novio o compañero)

Es frecuente que las mujeres tengan problemas de violencia o maltrato en sus relaciones interpersonales. Queremos hacerle algunas preguntas sobre este tema.

26. Alguna vez ¿fue usted, golpeada, pateada, abofeteada, empujada o maltratada físicamente en forma severa de niña o jovencita?

1....No 2....Si

26a. Si la respuesta es Sí, ¿Por quién?

- 1....Padre
- 2....Madre
- 3....Padrastro
- 4....Madrastra
- 5....Novio
- 6....Familiar
- 7....Amigo
- 8....Más de uno
- 9....Otro (especificar) _____

26b. A qué edad ocurrió el maltrato: _____

27. Alguna vez ¿fue usted, golpeada, pateada, abofeteada, empujada o maltratada físicamente en forma severa de adulta?

1....No 2....Si

27a. Si la respuesta es Sí, ¿Por quién?

- 1....Padre
- 2....Madre
- 3....Padraastro
- 4....Madrastra
- 5....Novio/esposo/compañero
- 6....Familiar
- 7....Amigo
- 8....Más de uno
- 9....Otro (especificar) _____

28. En el último año ¿Ha sido usted golpeada, pateada, abofeteada, empujada o maltratada físicamente?

1....No 2....Si

28a. Si la respuesta es Sí, ¿Por quién?

- 1....Padre
- 2....Madre
- 3....Padraastro
- 4....Madrastra
- 5....Novio/esposo/compañero
- 6....Familiar
- 7....Amigo
- 8....Más de uno
- 9....Otro (especificar) _____

28b. Los golpes fueron: Leves ☐ Moderados ☐ Fuertes ☐

28c. Frecuencia: A veces ☐ Seguido ☐ Siempre ☐

28d. Tipo de maltrato: Pegar ☐ Bofetadas ☐ Intento de estrangular ☐

Patear ☐ Jalonear ☐ Pegar con un objeto ☐ otro: _____

28e. ¿Cuántas veces le han pegado en el último año?

Nº de veces: 1-5 _____ 6-10 _____ 11-15 _____ Más de 15 _____

28f. ¿Cuándo fue la última vez que le hizo daño?

1....la semana pasada

- 2....el mes pasado
- 3....hace 1-3 meses
- 4....hace 4-6 meses
- 5....hace 6-12 meses

28g. ¿Recuerda el día de la semana que sufrió el maltrato? _____

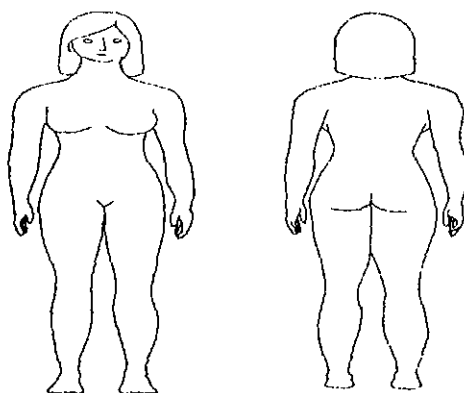
28h. ¿Cuándo fue maltratada, el agresor estaba bajo los efectos del alcohol y/o drogas?

- 1...No
- 2...Si

28i. ¿Recuerda si hubo algún evento deportivo el día en que fue maltratada?

- 1...No
- 2...Si

28j. Si la han maltratado, por favor trate de recordar la última vez que sucedió y marque en el mapa los lugares en donde la golpearon.



29. Alguna vez ¿fue forzada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad de niña o jovencita?

- 1....No
- 2....Si

29a. A que edad ocurrió: _____

29b. Si la respuesta es Sí, ¿Por quién?

- 1....Padre
- 2....Padrastro
- 3....Novio
- 4....Familiar
- 5....Amigo
- 6....Más de uno
- 7....Otro (especificar) _____

30. ¿Su papá le pegaba a su mamá?

- 1....No
- 2....Si

31. ¿Su mamá le pegaba a usted o a sus hermanos frecuentemente?

- 1....No
- 2....Si

32. ¿Su papá le pegaba a usted o a sus hermanos frecuentemente?

- 1....No
- 2....Si

33. Alguna vez ¿ha sido forzada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad durante su vida adulta?

- 1....No
- 2....Si

33a. Si la respuesta es Sí, ¿Por quién?

- 1....Esposo
- 2....Ex-esposo
- 3....Novio
- 4....Familiar
- 5....Amigo
- 6....Más de uno
- 7....Otro (especificar) _____

34.- Cuando ha estado embarazada, ¿su esposo, novio o compañero la ha golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente de otro modo?

Si ☐ No ☐ No he estado embarazada ☐

34a. Si la respuesta es Sí, ¿quién la golpeó?

- 1....Esposo
- 2....Ex-esposo
- 3....Novio
- 4....Familiar
- 5....Amigo
- 5....Más de uno
- 6....Otro (especificar) _____

35. Marque si algunas de las siguientes situaciones le pasaron EN EL ÚLTIMO AÑO:

a. La amenazó con hacerle daño o hacerle daño a un ser querido (hijo, padre, hermano)	1....No	2....Si
b. La empujó o jaló	1....No	2....Si
c. La abofeteó, pateó, le aventó algún objeto o le hizo algún daño físico pero sin producirle moretones, cortadas o fracturas.	1....No	2....Si
d. La abofeteó, pateó, le aventó algún objeto o le hizo algún daño físico y le produjo moretones, cortadas, fracturas o problemas más graves.	1....No	2....Si
e. Le pegó, pateó, le aventó algún objeto o le hizo daño físico produciéndole huesos rotos, daño en la cabeza o en algún órgano interno?	1....No	2....Si
f. La trató de estrangular	1....No	2....Si
g. La quemó	1....No	2....Si
h. La amenazó con un cuchillo, pistola o alguna otra arma ?	1....No	2....Si
i. Le hizo daño con un cuchillo, pistola o alguna otra arma ?	1....No	2....Si

35a. ¿Quién le hizo daño?

- 1....Esposo
- 2....Ex-esposo
- 3....Novio
- 4....Familiar
- 5....Amigo
- 6....Más de uno
- 7....Otro (especificar) _____

36. ¿Usted cree que los hombres tienen derecho a pegarle a las mujeres cuando están enojados?

1....No 2....Si

37. ¿Su compañero o esposo la ofende o insulta frecuentemente?

1....No 2....Si 3....A veces

38. ¿Su esposo o compañero hace comentarios negativos acerca de su aspecto físico, le dice que es poco atractiva, le prohíbe pintarse o usar algún tipo de ropa?

1....No 2....Si 4....A veces

39. En el último año, ¿ha sido forzada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?

1....No 2....Si

39a. ¿ Quién la forzó ?

- 1....Esposo
- 2....Ex-esposo
- 3....Novio
- 4....Familiar
- 5....Amigo
- 6....Más de uno
- 7....Otro (especificar) _____

39b. Frecuencia: A veces ☐ Seguido ☐ Siempre ☐

40- ¿Tiene miedo de ser físicamente maltratada por alguna (s) de las personas que mencionó anteriormente?

1....No 2....Si

40a. ¿Quién le produce temor? (marque todas las opciones que corresponden)

- 1....Esposo
- 2....Ex-esposo
- 3....Novio
- 4....Familiar
- 5....Amigo
- 6....Más de uno
- 7....Otro (especificar) _____

41. ¿Alguna vez ha hablado con alguien acerca de su problema con la violencia o el maltrato en las relaciones interpersonales?

- 1....Amiga (o)
- 2....Familiar
- 3....Padres
- 4....Sacerdote o Ministro de la Iglesia

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

- 5....Policía
- 6....Doctor (a)
- 7....Psicólogo (a)
- 8....Trabajadora Social
- 9....Otro _____
- 10...No he hablado con nadie
- 11...No he sido maltratada

42. ¿Depende usted económicamente de la persona que la ha maltratado físicamente o que ha amenazado con maltratarla?

- 1.... No 2....Si 3....No tengo esposo/compañero/novio

43. ¿Nos puede usted proporcionar información, sobre los ingresos mensuales aproximados de la familia?

- 1....Menos de 700 pesos
- 2....Más de 700 pesos pero menos de 2,000 pesos
- 3....Más de 2,000 pesos
- 4....No se cuanto gana mi esposo/compañero

44. Quisiera hacer algún comentario

GRACIAS POR SU COOPERACION

METHODS

Between August and December, 1997 a self-administered survey was given to consecutive adult female patients in the outpatient clinics of the National Institute of Medical Sciences and Nutrition in Mexico city, a tertiary level internal medicine teaching facility which belongs to the National Institutes of Health of Mexico. The hospital serves mostly middle and low-income patients presenting with a variety of general health problems, with no special focus on trauma or violence. Patients are referred from all over the country, although most live in Mexico City.

The study was voluntary and had been approved by the ethics committee. When a new female patient was admitted for studies and diagnosis our research staff approached her and explained the nature of the study and solicited her participation. They stressed that all information collected would be strictly confidential and that participation was voluntary in that no consequences would follow if the woman opted not to participate. If the woman agreed to participate, she signed a consent form and was then taken to an isolated area where she could answer the survey. No time limits were imposed. Study staff stayed close by to answer questions. The questionnaires were anonymous and, once completed, were collected in sealed boxes by the study staff.

The *Women's Health Questionnaire*, developed by McCauley *et al.*³³ validated in adult female patients was translated into Spanish and back-translated as a double-check. It was pilot-tested in 150 women to assess the questions and obtain preliminary estimates on

which to base our sample size calculations. Based on the results of the pilot test the original questionnaire was slightly adapted for our population study as follows:

1) the section on family income was omitted as most women in the pilot study were unable to give an estimate; 2) race was omitted since all our sample comprised Mexican mestizos; 3) we eliminated the body map as women failed to mark the areas clearly; 4) we added the term “provoked” to the word “abortion” under the section on miscarriage and 5) for abuse during childhood we added a question to inquire whether her father physically abused her mother. Finally, for the frequency of abuse, women were more able to report an estimated number of incidents rather than to characterize it using qualitative categories such as “often,” “never”, or “sometimes” . However in regard to sexual abuse, women were able to use qualitative categories .

A reliability test of the translated, adapted version yielded an Alpha Cronbach score of 0.87 for items dealing with the Battering Syndrome, indicating high internal validity.

During the study 2,475 surveys were offered to potential participants; 175 women (7.1%) refused to participate and 441 (17.8%) took the questionnaire home and did not return it. From the remaining participants 79 were excluded from analysis because 51 left blank sections, 21 answered the survey together with a family member and 7 were not Mexican citizens. Thus we collected 1,780 completed questionnaires from a consecutive total of 2,475 a response rate of 71.9%.

To analyze the relationship between general health problems and FV, we classified the disorders that led each woman to seek care at the hospital, coding them according to the

World Health Organization International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10).³⁵ Although some patients had mixed symptomatology, each case was included as a single diagnosis.

Data was analyzed using Standard Statistical Software³⁶ (SPSS, Chicago Ill). Chi-square tests were used to analyze count data involving categorical variables, in cases where cell size fell <5 , the Fisher's exact test was selected. Cross tabular univariate analysis was used to estimate crude prevalence ratios for each categorical and ordinal variable and cross tabular stratified analysis to identify confounding and interactions among the variables. To detect a correlation between lower levels of education in the victim (≤ 5 years) and demographic characteristics possibly associated with current abuse chi-square tests were used. To model the odds of reporting current abuse, we estimated adjusted prevalence ratios using logistic regression. Model 1 included all significant variables after bivariate analysis and Model 2 included only those which showed no correlation with schooling. The Hosmer and Lemeshow goodness of fit test was found well suited for both models. Significance was set at $p < 0.05$. The sample size of 1,780 allowed us 88% power to detect the difference between a hypothesized proportion of women reporting abuse of 8.5% and an alternative hypothesis that this proportion was more than 2 percentage points higher or lower than this estimate.

RESULTS

Mean age of participants was 44.8 ± 16 years, mean years of schooling was 11 ± 4.7 . Most respondents lived in Mexico City (61%). Demographic comparisons between participants and the general population in Mexico are shown in Table 1. Participants tended to share similar marital, household and occupation patterns as those of the general female population. The number of children was also comparable (2.5 for study participants *vs.* 2.8 for the population). Homemaking was the most frequent occupation, (50%). Nuclear families predominated, (75% *vs.* 65% of general female population).

Current abuse, either physical and/or sexual (defined as occurring in the past year) was reported by 152 women (8.5%). Physical abuse by 85, sexual abuse by 48 and 19 reported both. From the participants reporting frequency of abuse: 88% was 1-5 times a year, 9% 6-10 times and 3% more than 15 times. Severity of abuse was categorized by 58% of them as mild-moderate (intent of harm, pushing, shoving, slapping, kicking, throwing objects without bruising, cuts, *etc.*) while 42% as severe (strangling, burning, threatening or harming with knife, gun or other weapon, *etc.*). Among the women reporting sexual abuse, 71% reported suffering abuse sometimes, 24% often and 5% routinely.

Compared to the whole sample, abused patients were of similar age (41.6 ± 12.7 years *vs.* 44.8 ± 16.1 years for all respondents). However, they were less educated (10 ± 4.7 years of schooling *vs.* 11.3 ± 4.7 years for all respondents) and had more offspring (3 ± 2.2 children *vs.* 2.5 ± 2.2 for all respondents).

Physical and/or sexual abuse sometime during their adult life was reported by 468 (26.3%) women. Physical abuse during pregnancy was reported by 152 (8.5%), while 727 (40.8%) experienced physical and/or sexual abuse either in childhood or adulthood.

No differences were detected either in current abuse or history of abuse according to ICD-10 presenting medical diagnosis (Table 2). The calculated power to detect differences in these data was 90%. However, currently abused women and those with a history of abuse reported more physical symptoms in the last six months than non abused participants. Pelvic pain and severe headaches were the most frequent symptoms reported (Table 3).

According to psychosocial history most respondents scored in low and medium ranges on symptoms of anxiety, depression, somatization and low self-esteem. In contrast, women with a history of physical and or sexual abuse (either in childhood or current), scored higher ($p < 0.01$) in all items of depressive symptomatology (Table 4). Suicide attempts, reflecting the most severe depression, were also higher in this group.

Alcohol and substance abuse in women and in their partners was linked to FV (Table 5). Of the 152 women reporting current abuse, 97 (64%) stated the abuse had taken place under the effects of alcohol and/or drugs. Yet a correlation of substance abuse with severity of violence was not significant. The crude prevalence for each significant variable after bivariate analysis is shown in table 6.

The modeled log odds using logistic regression of a woman reporting current abuse is shown in table 7. Being currently married correlated with higher odds of abuse (likely because of increased exposure) than other marital arrangements (single, divorced or widowed) as did being between 35-44 years of age. Women with three or more children were also more likely to report current abuse relative to women with no children. The following factors correlated strongly with current abuse : Partner's drug or alcohol abuse (PR=4.11; 95% CI, 2.79-6.05; P=0.001); victim's drug or alcohol abuse (PR=2.17; 95% CI, 1.32-3.57; P=0.002); history of physical and/or sexual abuse during childhood (PR=2.65; 95% CI, 1.84-3.81; P=0.001), victim's lower levels of education (PR=2.61; 95% CI, 1.50-4.54; P=0.001), and age between 35-44 years (PR=2.60; 95% CI, 1.93-6.85, P=0.006)

DISCUSSION

Figures of current physical and/or sexual abuse reported by Mexican women in this study (8.5%) are similar to those reported in the general population of the United States (between 8% and 12%).³⁷ Our prevalence might seem too low for various reasons: a narrow definition of violence was used, casual acquaintances and family members other than partners were excluded, and only physical and/or sexual abuse but not emotional abuse were included. Also, self-administered surveys tend to result in lower levels of reported violence when compared with surveys administered by interviewers.³⁸ Finally, our refusal rate of 18% could have included women with more severe cases of abuse and/or those not willing to report incidents out of fear, potentially further lowering the percentage reporting abuse. For similar reasons when compared with data from a representative sample of Mexican women, our results are also low, a previous study found incidences between 13 and 35% but included psychological abuse.³⁹

The clear link between dysthymic disorders, severe depression and violence in our sample is comparable to other reports.⁴⁰ Although our study was not designed to analyze causality, it seems that abuse brings about depression. Campbell⁶ warns that while depression normally can result from a complex interplay between biology and environment, battering appears to be a significant independent risk factor. In our sample, abused women were significantly more likely to report depressive symptoms and suicide attempts, although we cannot untangle whether this depression relates to violence or to the general illness that led the respondents to seek care at the hospital. Our study clearly

demonstrates that abuse is a common condition in a prestigious internal medicine institution. Thus, clinicians must be mindful of this possibility when interviewing women with depression associated with another medical condition in order to rule out abuse as a causal factor.

Substance abuse either in battered women or in their abusive partners were predictive variables for current abuse in our sample. This finding also confirms previous research.⁴¹ One household survey conducted in a southern district of Mexico City¹⁷ asked 544 women currently living with a male partner about the occurrence of violent acts. Alcohol intake and jealousy on the part of the male partner were significantly associated with violence and threats. However, no correlation between alcohol intake and severity of abuse was found. We disclosed a statistically significant association between women's own substance abuse and the violence that they suffered similar to other reports.⁸ Reported rates of alcohol and/or drug abuse for the entire sample were 7.9% this figure was double among victims of current physical and/or sexual abuse (15.6%) and among victims of past abuse (13.3%).^{42,34} History of abuse was a strong predictor for current abuse. Personal history of violence during childhood was present in 29.6% of our total sample, whereas it was present twice as often (56%) in those who reported current abuse ($p < 0.01$). Abuse during pregnancy was reported by 152 (8.5%) women. This rate falls in the middle of the figures (between 0.9% and 20%) from other studies.⁴⁰

Lower levels of education in men have been associated with an increased risk of inflicting injury as a result of domestic violence.⁴¹ The present study illustrates, that at least for

developing countries, low schooling in the victim is as significant a risk factor as history of childhood abuse.

The disease causing women to seek medical attention in our study was not correlated with current or past physical abuse. Therefore, all women seeking care at an internal medicine institution should be routinely screened for partner abuse. Such screening is simple and inexpensive and proper referral can reduce the associated suffering in these women.

The synergy between violence at home, depressive symptomatology, and substance abuse justifies a comprehensive approach to the problem of FV through hospital based programs of detection and intervention.²⁴ Due to the high frequency and severity of the problem, battered women need medical providers to inquire about their experiences with abuse, make appropriate referrals and establish intervention programs.⁴³ Only with active participation from the medical community will the subject of violence against women move from the parochial mostly undetected status to the mainstream realm of public health.

While the diagnosis of abuse depends in part on the medical system, a way to deal with the referrals from health care providers must become an efficient process. A first step could include support groups within institutions whose primary aim would be to offer victims advocacy and education, including legal counseling and information on how to access the judicial system.

Table 1. Demographic characteristics of respondents, by physical and/or sexual abuse history.

Demographic Characteristics	INEGI ¹ Female Mexican population (1995) ²	Total sample (n=1780) ²	Not Currently abused (n=1628) ²	Currently abused (n=152) ²	History of abuse			
	%	n (%)	n (%)	n (%)	Never abused (n=1053) ²	Abused as child but not adult (n=259) ²	Abused as child and as adult (n=267) ²	Abused as adult but no child (n=201) ²
Age (yrs) ‡								
15-24	30.9	180 (10.1)	167 (10.3)	13 (8.7)	117 (11.1)	36 (14.0)	22 (8.3)	5 (2.5)
25-34	23.9	354 (19.9)	321 (19.8)	33 (22.0)	217 (20.6)	57 (22.1)	44 (16.5)	36 (18.1)
35-44	17.8	392 (22.0)	347 (21.4)	45 (30.0)	221 (21.0)	61 (23.6)	64 (24.1)	46 (23.1)
45-59	15.8	471 (26.5)	425 (26.2)	46 (30.7)	262 (24.9)	52 (20.2)	98 (36.8)	59 (29.6)
60 +	11.6	377 (21.2)	364 (22.4)	13 (8.7)	234 (22.3)	52 (20.2)	38 (14.3)	53 (26.6)
Marital status ‡								
Married/in union	42.1	976 (54.8)	857 (53.0)	119 (78.8)	563 (53.8)	143 (55.2)	161 (60.5)	109 (55.6)
Separated or divorced	6.2	205 (11.5)	184 (11.4)	21 (13.9)	83 (7.9)	28 (10.8)	49 (18.4)	45 (23.0)
Widowed	7.4	197 (11.1)	195 (12.1)	2 (1.3)	122 (11.7)	24 (9.3)	30 (11.3)	21 (10.7)
Single	44.3	390 (21.9)	381 (23.6)	9 (6.0)	279 (26.6)	64 (24.7)	26 (9.8)	21 (10.7)
Household members ‡								
Lives alone/other	11.6	225 (12.6)	220 (13.5)	5 (3.3)	145 (13.8)	33 (12.7)	25 (9.4)	22 (10.9)
Nuclear family	65.5	1341 (75.3)	1215 (74.6)	126 (82.9)	759 (75.5)	186 (71.8)	207 (77.5)	153 (76.1)
Extended family	22.9	214 (12.0)	193 (11.9)	21 (13.8)	113 (10.7)	40 (15.4)	35 (13.1)	26 (12.9)
Occupation *								
Homemaker	49.1	969 (54.4)	873 (53.6)	96 (63.2)	558 (53.0)	129 (49.8)	153 (57.3)	129 (64.2)
Student/Other ³	3.6	117 (6.6)	113 (6.9)	4 (2.6)	88 (8.3)	18 (7.0)	6 (2.3)	5 (2.5)
Worker ⁴	47.3	694 (39.0)	642 (39.4)	52 (34.2)	407 (38.7)	112 (43.2)	108 (40.4)	67 (33.3)
Nº of children ‡								
0	2.8	342 (22.1)	325 (23.2)	17 (11.8)	225 (25.1)	63 (28.0)	34 (14.0)	20 (11.0)
1		240 (15.5)	220 (15.7)	20 (13.9)	150 (16.7)	39 (17.3)	27 (11.2)	24 (13.3)
2		328 (21.2)	294 (21.0)	34 (23.6)	179 (20.0)	42 (18.7)	63 (26.0)	44 (24.3)
3		265 (17.2)	228 (16.3)	37 (25.7)	151 (16.8)	31 (13.8)	50 (20.7)	33 (18.2)
4+		370 (23.9)	334 (23.8)	36 (25.0)	192 (21.4)	50 (22.2)	68 (28.1)	60 (33.1)
Education (yrs) ‡								
0-5	33.6	137 (7.9)	113 (7.1)	24 (16.2)	55 (5.3)	26 (10.4)	34 (13.2)	22 (11.3)
6	19.2	270 (15.6)	251 (15.8)	19 (12.4)	151 (14.6)	32 (12.7)	55 (21.3)	32 (16.4)
7-9	20.5	330 (19.0)	300 (18.9)	30 (20.3)	195 (18.9)	48 (19.1)	45 (17.4)	42 (21.5)
10-12	26.2	472 (27.2)	436 (27.5)	36 (24.3)	291 (28.8)	67 (26.7)	63 (24.4)	51 (26.2)
13-21		526 (30.3)	487 (30.7)	39 (26.4)	339 (32.9)	78 (31.1)	61 (23.6)	48 (24.6)

(continued)

1. INEGI (Instituto Nacional Estadística Geografía e Informática. Estados Unidos Mexicanos).^{44,45}
2. Total fluctuates for individual variables because of missing data.
3. Activities that do not currently generate income.
4. Professionals, technical, other employed.

Differences in distribution as compared to total sample are statistically significant according to χ^2 at the $p \leq 0.05$ (*), $p \leq 0.01$ ($\dagger$), or $p \leq 0.001$ ($\ddagger$).

Table 2. *Presenting condition of patient, (ICD-10 categories), by physical and/or sexual abuse history.*

Presenting condition	Total sample (n=1780) ² n (%)	Not Currently abused (n=1628) ² n (%)	Currently abused (n=152) ² n (%)	History of abuse			
				Never abused (n=1053) ² n (%)	Abused as child but not adult (n=259) ² n (%)	Abused as child and as adult (n=267) ² n (%)	Abused as ad but not chil (n=201) ² n (%)
Reproductive health	235 (13.2)	208 (13.8)	27 (18.5)	131 (13.5)	40 (16.5)	43 (17.5)	21 (11.1)
Endocrinological diseases	225 (12.6)	199 (13.2)	26 (17.8)	125 (12.9)	38 (15.7)	31 (12.4)	31 (16.4)
Diabetes	237 (13.3)	220 (14.6)	17 (11.6)	130 (13.4)	37 (15.3)	38 (15.3)	32 (16.9)
Kidney/urinary tract	195 (11.0)	179 (11.9)	16 (11.0)	120 (12.4)	22 (9.1)	37 (14.9)	16 (8.5)
Autoimmune disorders	252 (14.2)	238 (15.4)	14 (9.6)	164 (16.9)	34 (14.0)	38 (15.3)	16 (8.5)
Liver/gastrointestinal	131 (7.4)	117 (7.8)	14 (9.6)	81 (8.3)	16 (6.6)	17 (6.8)	17 (9.0)
Neoplasms	83 (4.7)	76 (5.0)	7 (4.8)	51 (5.3)	9 (3.7)	12 (4.8)	11 (5.8)
Stroke/neurological	71 (4.0)	64 (4.3)	7 (4.8)	40 (4.1)	13 (5.4)	8 (3.2)	10 (5.3)
Other ¹	222 (12.5)	204 (13.6)	18 (12.3)	129 (13.3)	33 (13.6)	25 (10.0)	35 (18.5)

1. Includes all categories with fewer than 5%.

2. Total fluctuates for individual variables because of missing data.

Differences in distribution as compared to total sample are statistically significant according to χ^2 at the $p \leq 0.05$ (*), $p \leq 0.01$ (†), or $p \leq 0.001$ (‡). $\chi^2 = 9.202$ $p = 0.326$

All conditions were classified according to the World Health Organization International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) Tenth Revision. Geneva: World Health Organization; 1992.

Table 3. *Physical symptom history in last six months, by physical and/or sexual abuse history.*

Symptoms	Total sample (n=1780) ¹	Not Currently abused (n=1628) ¹	Currently abused (n=152) ¹	History of abuse			
				Never abused patients (n=1053) ¹	Abused as child but not adult (n=259) ¹	Abused as child and as adult (n=267) ¹	Abused as adult but not child (n=201) ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Number of symptoms [‡]							
0-2	334 (18.8)	322 (19.8)	12 (7.9)	261 (24.8)	25 (9.7)	18 (6.7)	30 (14.9)
3-5	514 (28.9)	483 (29.7)	31 (20.4)	330 (31.3)	69 (26.6)	60 (22.5)	55 (27.4)
≥ 6	932 (52.4)	823 (50.6)	109 (71.7)	462 (43.9)	165 (63.7)	189 (70.8)	116 (57.7)
Specific symptom (n and % reporting)							
Nightmares (n=1778)	328 (18.4)	293 (18.0)	35 (23.0)	154 (14.6) [‡]	68 (26.4) [‡]	66 (24.7) [‡]	40 (19.9) [‡]
Back pain (n=1778)	967 (54.3)	866 (53.3) [‡]	101 (66.4) [‡]	523 (49.7) [‡]	147 (57.0) [‡]	175 (65.5) [‡]	122 (60.7) [‡]
Frequent or severe headaches (n=1778)	777 (43.7)	689 (42.4) [‡]	88 (57.9) [‡]	402 (38.2) [‡]	137 (53.1) [‡]	155 (58.1) [‡]	83 (41.3) [‡]
Pain in pelvis or genital area (n=1778)	377 (21.2)	322 (19.8) [‡]	55 (36.2) [‡]	172 (16.3) [‡]	68 (26.4) [‡]	84 (31.5) [‡]	53 (26.4) [‡]
Binging or making self vomit (n=1778)	254 (14.3)	218 (13.4) [‡]	36 (23.7) [‡]	112 (10.6) [‡]	53 (20.5) [‡]	58 (21.7) [‡]	31 (15.4) [‡]
Frequent tiredness (n=1778)	1090 (61.2)	980 (60.3) [‡]	110 (72.4) [‡]	585 (55.6) [‡]	182 (70.5) [‡]	188 (70.4) [‡]	135 (67.2) [‡]
Problem with sleeping (n=1778)	736 (41.3)	664 (40.8)	72 (47.4)	377 (35.8) [‡]	123 (47.7) [‡]	132 (49.4) [‡]	104 (51.7) [‡]
Abdominal or stomach pain (n=1780)	833 (46.8)	745 (45.8) [‡]	88 (9.57) [‡]	445 (42.3) [‡]	133 (51.6) [‡]	147 (55.1) [‡]	108 (53.7) [‡]
Vaginal discharge (n=1777)	582 (32.8)	521 (32.1)*	61 (40.1)*	313 (29.8) [‡]	94 (36.4) [‡]	105 (69.3) [‡]	70 (34.8) [‡]
Breast pain (n=1777)	428 (24.1)	368 (22.6) [‡]	60 (39.5) [‡]	206 (19.6) [‡]	79 (30.6) [‡]	87 (32.6) [‡]	56 (27.9) [‡]
Choking sensation (n=1778)	389 (21.9)	340 (20.9) [‡]	49 (32.2) [‡]	178 (16.9) [‡]	68 (26.4) [‡]	86 (32.2) [‡]	57 (28.4) [‡]
Loss of appetite (n=1778)	335 (18.8)	298 (18.3)	37 (24.3)	168 (16.0) [‡]	58 (22.5) [‡]	63 (23.6) [‡]	46 (22.9) [‡]
Problem passing urine (n=1777)	315 (17.7)	278 (17.1)*	37 (24.3)*	159 (15.1) [‡]	55 (21.3) [‡]	69 (25.8) [‡]	32 (15.9) [‡]
Diarrhea (n=1777)	421 (23.7)	373 (22.9) [‡]	48 (31.8) [‡]	219 (20.8) [‡]	73 (28.3) [‡]	73 (27.4) [‡]	56 (27.9) [‡]
Constipation (n=1778)	815 (45.8)	737 (45.3)	78 (51.3)	438 (41.6) [‡]	130 (50.4) [‡]	144 (53.9) [‡]	103 (51.2) [‡]
Chest pain (n=1778)	478 (26.9)	416 (25.6) [‡]	62 (40.8) [‡]	243 (23.1) [‡]	81 (31.4) [‡]	95 (35.6) [‡]	59 (29.4) [‡]
Face pain (n=1778)	182 (10.2)	154 (9.5) [‡]	28 (18.4) [‡]	73 (6.9) [‡]	31 (12.0) [‡]	46 (17.2) [‡]	32 (15.9) [‡]
Frequent or serious bruises (n=1778)	52 (2.9)	46 (2.8)	6 (3.9)	23 (2.2)	9 (3.5)	11 (4.1)	9 (4.5)
Shortness of breath (n=1778)	611 (34.4)	536 (33.0) [‡]	75 (49.3) [‡]	308 (29.3) [‡]	103 (39.9) [‡]	126 (47.2) [‡]	74 (36.8) [‡]
Fainting or passing out (n=1780)	552 (31.1)	486 (29.9) [‡]	66 (43.4) [‡]	269 (25.6) [‡]	89 (34.5) [‡]	116 (43.4) [‡]	78 (38.8) [‡]
Broken bones, sprains, or cuts (n=1778)	189 (10.6)	164 (10.1)*	25 (16.4)*	88 (8.4) [‡]	34 (13.2) [‡]	35 (13.1) [‡]	32 (15.9) [‡]
Falls (n=1778)	308 (17.3)	274 (16.9)	34 (22.4)	146 (13.9) [‡]	50 (19.4) [‡]	63 (23.6) [‡]	49 (24.4) [‡]

1. Total fluctuates for individual variables because of missing data.

Differences in distribution as compared to total sample are statistically significant according to χ^2 and Fisher's exact tests at the $p \leq 0.05$ (*), $p \leq 0.01$ ($\dagger$), or $p \leq 0.001$ ($\ddagger$).

Table 4. Psychosocial history in last six months, by physical and/or sexual abuse history.

Symptoms	Total sample (n=1780) ¹	Not Currently abused (n=1628) ¹	Currently abused (n=152) ¹	History of abuse			
				Never abused patients (n=1053) ¹	Abused as child but not adult (n=259) ¹	Abused as child and as adult (n=267) ¹	Abused as adult but not child (n=201)
	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Emotional History							
Anxiety ² ‡ (n=1780)							
Low	829 (46.8)	788 (48.7)	41 (27.2)	583 (55.7)	85 (33.1)	80 (30.1)	81 (40.0)
Medium	633 (35.8)	573 (35.4)	60 (39.7)	347 (33.2)	111 (43.2)	97 (36.5)	78 (38.8)
High	308 (17.4)	258 (15.9)	50 (33.1)	116 (11.1)	61 (23.7)	89 (33.5)	42 (20.9)
Depression ² ‡ (n=1780)							
Low	731 (41.3)	692 (42.8)	39 (25.7)	537 (51.4)	71 (27.6)	59 (22.1)	64 (31.8)
Medium	712 (40.2)	647 (40.0)	65 (42.8)	382 (36.6)	124 (48.2)	119 (44.6)	87 (43.3)
High	327 (18.5)	279 (17.2)	48 (31.6)	126 (12.1)	62 (24.1)	89 (33.3)	50 (24.9)
Somatization ² ‡ (n=1780)							
Low	693 (39.1)	653 (40.3)	40 (26.3)	486 (46.1)	79 (30.5)	67 (25.1)	61 (30.3)
Medium	642 (36.2)	590 (36.4)	52 (34.2)	360 (34.2)	101 (39.0)	101 (37.9)	80 (39.8)
High	437 (24.7)	377 (23.3)	60 (39.5)	201 (19.1)	78 (30.1)	99 (37.0)	59 (29.0)
Interpersonal sensitivity (low self-esteem) ² ‡ (n=1780)							
Low	681 (38.4)	649 (40.0)	32 (21.1)	495 (47.2)	71 (27.5)	59 (22.1)	56 (27.8)
Medium	738 (41.6)	668 (41.2)	70 (46.1)	423 (40.4)	109 (42.2)	109 (40.8)	97 (48.3)
High	355 (20.0)	305 (18.8)	50 (32.9)	130 (12.4)	78 (30.2)	99 (37.1)	48 (23.9)
Any emotional symptom ¹ (n=1780)							
Low/medium score on all subscales	1112 (62.5)	1052 (64.6)	60 (39.5)	760 (72.2)	143 (55.2)	109 (40.8)	100 (49.8)
High score on ≥ 1 subscales ³	668 (37.5)	576 (35.4)	92 (60.5)	293 (27.8)	116 (44.8)	158 (59.2)	101 (50.2)
Ever attempted suicide (n=1771)	181 (10.2)	156 (9.6) ‡	25 (16.8) ‡	45 (4.3) ‡	44 (17.1) ‡	70 (26.4) ‡	22 (11.1)

(continued)

Table 4. Psychosocial history in last six months, by physical and/or sexual abuse history (continued).

	Total sample (n=1780) ¹	Not Currently abused (n=1628) ¹	Currently abused (n=152) ¹	History of abuse			
				Never abused patients (n=1053) ¹	Abused as child but not adult (n=259) ¹	Abused as child and as adult (n=267) ¹	Abused as adult but not child (n=201) ¹
Symptoms	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ever been hospitalized for an emotional/mental problem (n=1768)	50 (2.8)	46 (2.8)	4 (2.7)	20 (1.9)*	10 (3.9)*	10 (3.8)*	10 (5.0)*
Substance Abuse							
Currently using street drugs (n=1760)	6 (0.3)	6 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.2)*	1 (0.4)*	0 (0.0)*	3 (1.5)*
Ever used street drugs (n=1755)	39 (2.2)	31 (1.9) ‡	8 (5.4) ‡	12 (1.2) ‡	6 (2.3) ‡	14 (5.3) ‡	7 (3.5) ‡
CAGE questionnaire score for alcohol abuse ⁴ ≥ 1 (n=1780)	116 (6.5)	95 (5.3) ‡	21 (13.8) ‡	43 (4.1) ‡	17 (6.6) ‡	37 (13.9) ‡	19 (9.5) ‡
Ever had a drinking problem (n=1608)	130 (8.1)	110 (7.5) ‡	20 (14.3) ‡	39 (4.2) ‡	23 (9.6) ‡	44 (17.8) ‡	24 (12.7) ‡
Drug or alcohol abuse ⁵ (n=1780)	163 (7.9)	135 (8.3) ‡	28 (18.4) ‡	51 (4.9) ‡	29 (11.2) ‡	51 (19.1) ‡	31 (15.4) ‡
Husband or boyfriend drinks too much or uses drugs (n=1780)	232 (13.0)	173 (10.6) ‡	59 (38.8) ‡	86 (8.2) ‡	37 (14.3) ‡	64 (24.0) ‡	45 (22.4) ‡
Medical History							
Emergency department visits in past 6 months ≥ 1 (n=1732)	360 (20.8)	327 (20.6)	33 (22.6)	206 (20.1) ‡	47 (18.6) ‡	73 (28.2) ‡	34 (17.6) ‡
Ever miscarriage (n=1755)	587 (33.4)	528 (32.9)	59 (39.1)	279 (27.0) ‡	89 (34.4) ‡	131 (49.1) ‡	88 (45.1) ‡

(continued)

1. Total fluctuates for individual variables because of missing data.

2. Based on the method of McCauley *et al.* we divided respondents according to whether their symptoms could be characterized as low, medium or high. Approximately 1/3 of respondents are set to fall in each group.

3. Indicates that the patient scored in the upper third of the categorized versions of either the anxiety, depression, somatization or interpersonal sensitivity (low self-esteem) subscales.

4. CAGE is an acronym for questions about **cutting** down on drinking, **annoyance** at others' concern about drinking, feeling **guilty** about drinking, and using alcohol as an **eye-opener** in the morning.

5. Having used street drugs, or as having a score of 2 or more on the CAGE questionnaire for alcohol abuse, or ever had a drinking problem.

Differences in distribution as compared to total sample are statistically significant according to χ^2 and Fisher's exact tests at the $p \leq 0.05$ (*), $p \leq 0.01$ (‡), or $p \leq 0.001$ (‡‡).

Table 5. *Severity of current abuse by own alcohol/drug use and partner's alcohol/drug use.*

<i>Substance abuse</i>	<i>Severity of current abuse</i>		
	none (n=61) ¹	mild ⁵ (n=53) ¹	severe ⁵ (n=38) ¹
	n (%)	n (%)	n (%)
Currently using street drugs (n=0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Ever used street drugs (n=8)	3 (5.0)	5 (9.6)	0 (0.0)
CAGE questionnaire score for alcohol abuse ³ ≥1 (n=21)	8 (13.1)	7 (13.2)	6 (15.8)
Ever had a drinking problem (n=20)	6 (10.5)	8 (15.7)	6 (18.8)
Drug or alcohol abuse ⁴ (n=22)	7 (11.5)	9 (17.0)	6 (15.8)
Husband or boyfriend drinks too much or uses drugs (n=59)	24 (39.3)	20 (37.7)	15 (39.5)
Abuse took place under the effects of alcohol/and or drugs (n=36)	7 (38.9)	16 (36.4)	13 (37.1)

1. Total fluctuates for individual variables because of missing data.

2. Differences in distribution as compared to total sample are statistically significant according to χ^2 and Fisher's exact tests at the $p \leq 0.05$ (*), $p \leq 0.01$ (†), or $p \leq 0.001$ (‡). (No statistically significant differences were noted).

3. CAGE is an acronym for questions about **cutting** down on drinking, **annoyance** at others concern about drinking, feeling **guilty** about drinking, and using alcohol as an **eye-opener** in the morning.

4. Having used street drugs, or as having a score of 2 or more on the CAGE questionnaire for alcohol abuse, or ever had a drinking problem.

5. Mild abuse was classified as: intent of harm, pushing, shoving, slapping, kicking, throwing objects without bruising, cuts, *etc* and severe abuse as : strangling, burning, threatening or harming with knife, gun or other weapon, *etc*.

Table 6. Crude prevalence of reporting abuse, by history of abuse, substance abuse, and common demographic characteristics. Coefficients estimated by logistic regression.

	Crude Prevalence		P Value
	Ratio (95%CI)		
Age (yrs)			
15-24	2.18	(0.99-4.80)	0.05
25-34	2.88	(1.49-5.56)	0.05*
35-44	3.63	(1.93-6.85)	0.001#
45-59	3.03	(1.61-5.69)	0.001#
•60 +	1.00	.	.
Marital status			
•Married/in union	1.00	.	.
Separated or divorced	0.82	(0.50-1.34)	0.43
Widowed	0.07	(0.02-0.30)	0.001#
Single	0.17	(0.17-0.08)	0.001#
Household members			
•Lives alone/other ⁴	0.22	(0.09-0.54)	0.001#
Nuclear family	1.00	.	.
Extended family	1.05	(0.65-1.71)	0.84
Occupation			
•Non wage earning occupation ¹	1.00	.	.
Professional, technical or other employed ²	0.44	(0.16-1.24)	0.12
Homemaker	1.36	(0.95-1.93)	0.09
N° of children			
•0	1.00	.	.
1	1.74	(0.89-3.39)	0.11
2	2.21	(1.21-4.03)	0.01#
3	3.10	(1.70-5.64)	0.001#
4+	2.06	(1.13-3.74)	0.01#
Education (yrs)			
0-5	2.52	(1.56-4.07)	0.001#
•6-21	1.00	.	.
History of physical and/or sexual abuse during childhood			
Yes	3.41	(2.43-4.79)	0.001#
•No	1.00	.	.
Woman's own drug or alcohol abuse ²			
Yes	2.49	(1.60-3.90)	0.001#
•No	1.00	.	.
Husband or boyfriend drinks too much or uses drugs			
Yes	5.33	(3.71-7.67)	0.001#
•No	1.00	.	.

(continued)

PR indicates prevalence ratio; CI, confidence interval. Models are described in the “Results” section. Differences are statistically significant $p \leq 0.05$ (*), $p \leq 0.01$ (†), or $p \leq 0.001$ (‡).

1. Activities that do not currently generate income.

2. Professionals, technical, other employed.

3. Ever used street drugs, had a score of 2 or more on the CAGE questionnaire for alcohol abuse, or ever had a drinking problem.

- Comparison category

Table 7. *Model 1 of the odds of reporting abuse including all significant variables after bivariate analysis, by history of abuse, substance abuse, and common demographic characteristics. Coefficients estimated by logistic regression. (continued)*

	Model 1		P Value
	PR	(95%CI)	
Age (yrs)			
15-24	4.70	(1.68-13.17)	0.003#
25-34	3.73	(1.64-8.49)	0.002#
35-44	2.45	(1.15-5.21)	0.020*
45-59	1.75	(0.86-3.56)	0.120
•60 +	1.00	.	.
Marital status			
•Married/in union	1.00	.	.
Separated or divorced	0.90	(0.49-1.66)	0.736
Widowed	0.18	(0.04-0.75)	0.020*
Single	0.44	(0.18-1.05)	0.064
Household members			
Lives alone/other	0.57	(0.19-1.75)	0.3221
•Nuclear family	1.00	.	.
Extended family	0.44	(0.18-1.05)	0.3978
Occupation			
•Non wage earning occupation ¹	1.00	.	.
Prof, tech or other employed ²	0.83	(0.25-2.72)	0.754
Homemaker	1.13	(0.73-1.74)	0.582
N° of children			
•0	1.00	.	.
1	1.10	(0.49-2.47)	0.821
2	1.74	(0.79-3.83)	0.167
3	2.56	(1.13-5.81)	0.024*
4+	2.65	(1.14-6.19)	0.024*
Education (yrs)			
0-5	1.79	(0.99-3.25)	0.057
•6-21	1.00	.	.
History of physical and/or sexual abuse during childhood			
Yes	2.59	(1.76-3.80)	0.001#
•No	1.00	.	.
Woman's own drug or alcohol abuse ²			
Yes	2.13	(1.24-3.68)	0.006#
•No	1.00	.	.
Husband or boyfriend drinks too much or uses drugs			
Yes	3.10	(2.05-4.70)	0.001#
•No	1.00	.	.
Pseudo R ²	0.098		
Goodness of fit test	15.19		0.056

(continued)

Table 7. *Model 2 of the odds of reporting abuse, by history of abuse, substance abuse, and common demographic characteristics. All variables showing correlation with schooling were withdrawn. Coefficients estimated by logistic regression.*

	Model 2		P Value
	PR	(95%CI)	
Age (yrs)			
15-24	1.69	(0.72-3.98)	0.230
25-34	2.44	(1.49-5.56)	0.015†
35-44	2.60	(1.93-6.85)	0.006†
45-59	2.24	(1.61-5.69)	0.019*
•60 +	1.00	.	.
Marital status			
•Married/in union			
Separated or divorced			
Widowed			
Single			
Household members			
Lives alone/other	0.30	(0.11-0.76)	0.011†
•Nuclear family	1.00	.	.
Extended family	0.99	(0.59-1.67)	0.975
Occupation			
•Non wage earning occupation ¹			
Prof, tech or other employed ²			
Homemaker			
N° of children			
•0			
1			
2			
3			
4+			
Education (yrs)			
0-5	2.61	(1.50-4.54)	0.001†
•6-21	1.00	.	.
History of physical and/or sexual abuse during childhood			
Yes	2.65	(1.84-3.81)	0.001†
•No	1.00	.	.
Woman's own drug or alcohol abuse ²			
Yes	2.17	(1.32-3.57)	0.002†
•No	1.00	.	.
Husband or boyfriend drinks too much or uses drugs			
Yes	4.11	(2.79-6.05)	0.001†
•No	1.00	.	.
Pseudo R ²	0.080		
Goodness of fit test	15.34		0.053

PR indicates prevalence ratio; CI, confidence interval; and ellipses, that the variable did not enter the regression model. Models are described in the “Results” section.

Differences are statistically significant $p \leq 0.05$ (*), $p \leq 0.01$ (†), or $p \leq 0.001$ (‡).

1. Activities that do not currently generate income.
 2. Professionals, technical, other employed.
 3. Ever used street drugs, had a score of 2 or more on the CAGE questionnaire for alcohol abuse, or ever had a drinking problem.
- Comparison category